



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO
DEL SISTEMA DE SALUD

PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL

2009

CUSCO

TOMO I

INDICE

Presentación	Pagina 02
Base Legal	03

CAPITULO I

GENERALIDADES

1. Generalidades	04
1.1. Estructura orgánica de la Dirección Regional de Salud Cusco	06
1.2. Objetivos del Milenio	07
1.3. Políticas sectoriales de salud	07
1.4. Objetivos Estratégicos MINSA 2002-2006	07-08
1.5. Objetivos Estratégicos del Plan Estratégico Institucional	09
1.6. Lineamientos de Política Institucional	09-10
1.7. Objetivos Funcionales Generales de la DIRESA Cusco	12-13
1.8. Identificación básica	14
1.9. Marco Estratégico	14
Visión	
Misión	

CAPITULO II

2. Diagnostico situacional	16
2.1. Análisis de los Factores Socio Demográficos y Económicos	16-20
2.2. Análisis de Proceso Salud-Enfermedad, Mortalidad y Morbilidad	20-25
2.3. Respuesta Social a los Problemas de Salud	26
2.4. Análisis de la demanda	27
2.4.1. Población Demandante por etapas de vida	27
2.4.2. Problemas priorizados.	28

CAPITULO III

Objetivos Generales de la DIRESA	31-36
Alcance del POI	37
Presupuesto Autorizado	38-39

ANEXOS

Matriz 1 Articulación Estratégica	
Matriz 2 Plan Operativo Institucional 2009	
Matriz 2 A. Plan Operativo Institucional Programas Estratégicos.	

PRESENTACION

La Dirección Regional de Salud Cusco, dentro de las políticas de reforma del sector salud esta empeñada en realizar, en merito a su fin ultimo que es el mejoramiento de la calidad de vida de la salud de la población, y en cumplimiento de su Misión Institucional que es la de promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de la población de la Región, priorizando a los grupos mas vulnerables brindando atención integral de salud con calidad, utilizando eficientemente los recursos y comprometiendo la participación activa de los actores sociales; ante la presencia de problemas sanitarios regionales, que constituyen enormes desafíos para el sector salud, entre los que mas destacan los problemas de inequidad e ineficiencia, los que constituyen retos a enfrentar.

Por tanto la Dirección Regional de Salud Cusco, en el marco de los lineamientos de política del Ministerio de Salud y del Gobierno Regional Cusco, ha elaborado el Plan Operativo Institucional POI 2009, tomando en cuenta la Resolución Ejecutiva Regional N°011-2007 - GR CUSCO/PR, que aprueba la "norma para la formulación, del Plan de Trabajo Institucional 2009 en el Gobierno Regional del Cusco", Plan de Desarrollo Regional Concertado al 2012 del Gobierno Regional, Plan Regional Concertado de Salud al 2021, aprobado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 034-2005-GR CUSCO-GRC/CRC con vigencia hasta el año 2021; el Plan Estratégico Institucional documento de Gestión que constituye una herramienta importante para la ejecución y evaluación de los planes y programas establecidos.

La elaboración, y formulación del Plan Operativo Institucional desde la identificación y priorización de los problemas sanitarios del ámbito Regional, hasta su conclusión se ha desarrollado con la activa participación de equipos técnicos de la Sede Central, de los Órganos Desconcentrados (Redes y Hospitales), participación que ha permitido el análisis de las necesidades de salud de la población el comportamiento de la demanda, la situación de la oferta de servicios de salud, y finalmente la programación de las actividades a cumplirse en el presente ejercicio.

El Plan Operativo Institucional 2009, se articula a la Cadena Funcional Programática, obviamente este ira mejorando progresivamente en la medida en que el planeamiento mejore en su desarrollo a nivel de todos los Órganos de Línea y Unidades Desconcentradas, quienes han asumido con seriedad el Plan Operativo Institucional, que en esta oportunidad debe constituirse en un documento de uso obligatorio y parámetro de referencia para ejecutar presupuestos, evaluar, monitorear y supervisar el desarrollo de las actividades programadas, así como la evaluación de avances y logros de objetivos y metas.

El Plan Operativo Institucional 2009, debe entenderse como un proceso continuo de revisión de recursos y de servicios necesarios para lograr objetivos y metas determinados en ella, su aplicación y evaluación debe cumplirse en función a las normas establecidas en la Ley 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público .

BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley 28112 Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Publico.
- Ley 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley 29142 Ley de presupuesto del año 2008.
- Ley N 27245 Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal
- Decreto Supremo N° 039-2000-EF, Reglamento de la Ley 27245
- Ley N° 27293 Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública
- Ley N° 29142 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008
- Ley 26842 Ley General de Salud
- Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 013 Reglamento de la Ley 27657
- Ley 27783 Ley de Bases de la Descentralización
- Ley N° 27867 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- Ley 27902 Modificación de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- Ley 27658 Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado
- Resolución Ministerial N° 151-2000-EF/15 que aprueba la Directiva para la evaluación de los Planes Estratégicos Sectoriales Multianuales.
- Resolución Ministerial N° 644-2004-MINSA/OGPE, Lineamientos Generales para la Planificación Operativa.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 056-2006-GR Cusco/PR, Que aprueba la Directiva N° 011-2007-GR Cusco/PR "Norma para la Formulación, Aprobación, Modificación y Evaluación del Plan de Trabajo Institucional 2008 en el Gobierno Regional del Cusco" (PTI).
- Ordenanza Regional N°002-2003-GRC/CRC, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Gobierno Regional del Cusco, modificado con la Ordenanza Regional N°013-2004-GRC/CRC.
- Resolución Ejecutiva Regional N°029-2006-GR Cusco/PR, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco.
- Resolución Ejecutiva Regional N°432-2009-GR CUSCO/PR.

CAPITULO I

I. GENERALIDADES.

1.1. ESTRUCTURA ORGANICA DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO.

ÓRGANO DE DIRECCIÓN.

1. Dirección Regional de Salud
- 1.1. Sub - Dirección Regional

ÓRGANO DE CONTROL.

2. Órgano de Control Institucional

ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO.

3. Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Desarrollo del Sistema de Salud
 - 3.1. Oficina de Financiamiento
 - 3.2. Oficina de Organización y Planes
 - 3.3. Oficina de Proyectos
 - 3.4. Oficina de Cooperación Internacional
4. Oficina de Asesoría Legal

ORGANO DE APOYO.

5. Oficina de Secretaría General
6. Oficina de Comunicaciones y Relaciones Públicas
7. Oficina Ejecutiva de Administración
 - 7.1. Oficina de Gestión y Desarrollo del Potencial Humano
 - 7.2. Oficina de Economía Oficina de Logística
 - 7.3. Oficina de Gestión Patrimonial

ÓRGANOS DE LÍNEA.

8. Dirección Ejecutiva de Salud Comunitaria
 - 8.1. Dirección de Promoción de la Salud
 - 8.2. Dirección de Salud Ambiental
 - 8.3. Dirección de Salud Ocupacional
 - 8.4. Dirección de Laboratorios de Salud Pública
9. Dirección Ejecutiva de Salud Individual
 - 9.1. Dirección de Atención Integral de Salud
 - 9.2. Dirección de Gestión y Calidad Sanitaria
 - 9.3. Dirección de Servicios de salud
 - 9.4. Dirección de Seguros
 - 9.5. Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas
10. Oficina Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria
 - 10.1. Dirección de Epidemiología e Investigación
 - 10.2. Dirección de Prevención y Control de Emergencias y Desastres
 - 10.3. Dirección de Estadística, Informática y Telecomunicaciones

ÓRGANOS DESCONCENTRADOS.**11. Hospitales de Mediana Complejidad / Unidades Ejecutoras**

- 11.1. Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco
- 11.2. Dirección Ejecutiva del Hospital Antonio Lorena

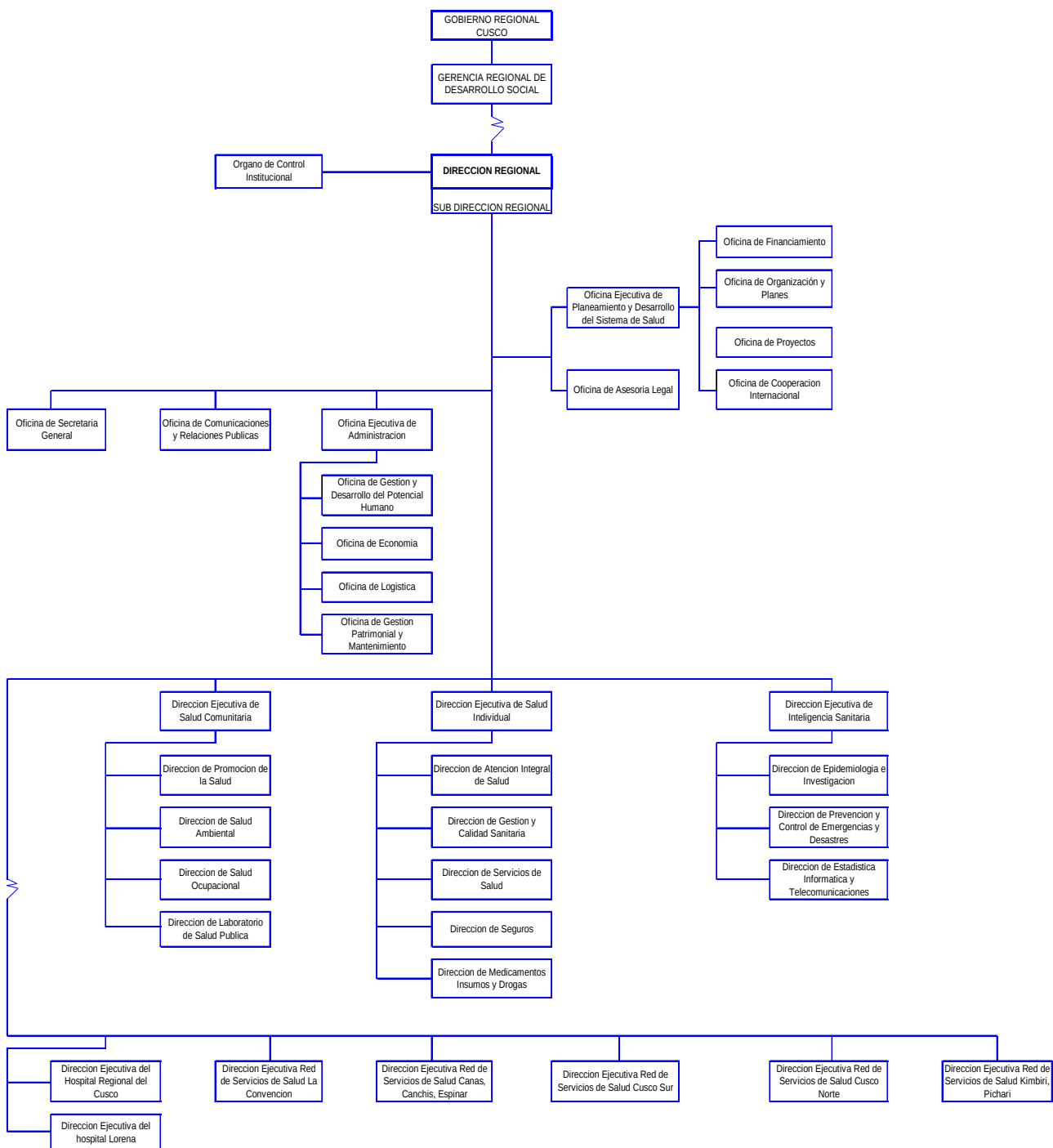
12. Redes de Servicios de Salud / Unidades Ejecutoras

- 12.1. Dirección Ejecutiva de la Red de Servicios de Salud La Convención
 - 12.1.1. Dirección del Hospital de Quillabamba
- 12.2. Dirección Ejecutiva de la Red de Servicios de Salud Canas Canchis Espinar
 - 12.2.1. Dirección del Hospital de Sicuani

13. Redes de Servicios de Salud / No Ejecutoras

- 13.1. Dirección Ejecutiva de Red de Salud Cusco Sur
 - 13.1.1. Hospital de Santo Tomas
- 13.2. Dirección Ejecutiva de Red de Salud Cusco Norte
- 13.3. Dirección Ejecutiva de Red de Salud Kimbiri – Pichari.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO



1.2. OBJETIVOS DEL MILENIO.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la educación primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

1.3. POLITICAS SECTORIALES EN SALUD 2007-2020 (PNCS)

1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal en Salud.
4. Descentralización de la función salud a nivel del Gobierno Regional y Local.
5. Mejoramiento progresivo del Acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la salud.

1.4. OBJETIVOS ESTRATEGICOS MINSA 2008-2011.

1. Reducir la morbilidad materna y neonatal.
2. Reducir la desnutrición crónica en menores de 5 años.
3. Reducir la morbilidad de las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades inmunoprevenibles y aquellas originadas por factores externos.
4. Priorizar las intervenciones de prevención de las enfermedades transmisibles promoviendo estilos de vida y entornos saludables.
5. Asegurar el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad.
6. Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población en general con énfasis en los grupos poblaciones vulnerables.
7. Fortalecer el rol de rectoría de salud en los diferentes niveles de gobierno.
8. Fortalecer el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud.

1.5. LINEAMIENTOS DE POLITICA DE DESARROLLO REGIONAL (PRECOSA).

1. Es política regional considerar en agenda pública así como en espacios de participación y concertación multisectorial los temas de Desnutrición materno infantil, Saneamiento Básico, Mortalidad Materna e infantil, violencia familiar, alcoholismo y drogadicción como Indicadores de desarrollo regional.
2. El gobierno Regional del Cusco ratifica la necesidad de atender la problemática de supervivencia infantil formulando una estrategia de seguridad alimentaria en la Región.
3. En el marco del PRCS (1) es el Gobierno Regional y los gobiernos locales asignan recursos para la gestión de programas y proyectos orientados al cumplimiento de los objetivos estratégicos del PRCS.
4. Los Consejos Regional, provinciales y distritales de salud son los encargados de vigilar la salud integral de la salud de la población de su ámbito priorizando el saneamiento básico.
5. El Gobierno Regional prioriza el saneamiento básico en ámbitos rurales de la región Cusco, en el marco del Plan Concertado Regional en Salud.
6. El Gobierno Regional y Gobiernos Locales promocionan la salud mental para la prevención de la Violencia Familiar, el alcoholismo y la drogadicción.

7. Fomentar la participación organizada de niños, adolescentes y jóvenes en espacios concertados de decisión en el marco del PCRS.
8. Los Gobiernos locales, medios de comunicación social y la sociedad civil promueven la salud integral en el marco de sus competencias.
9. El Consejo Regional de Salud será la instancia responsable de la vigilancia en la implementación del PCRS.
10. El Gobierno Regional propicia e impulsa la Cogestión (sector público, privado y la población organizada) descentralizada de los servicios de salud.
11. El Gobierno regional promueve la difusión adecuada y responsable de los medios de comunicación en el marco del Plan Concertado Regional de Salud.
12. El Gobierno Regional y locales promueven como política Regional Proyectos y Convenios de Cooperación Nacional, Internacional para atender necesidades sanitarias prioritarias.
13. EL Gobierno Regional promueve experiencias exitosas públicas y privadas en salud con enfoque intercultural, orientados a vulnerar la problemática de salud en la región.
14. El Gobierno Regional promueve la integración de un sistema regional único de salud.
15. El Gobierno Regional promueve el desarrollo de competencias de Recursos Humanos con respeto y dignidad para la atención en salud integral.
 - El Gobierno Regional y el Consejo Regional de Salud promueven la incorporación de estrategias de capacitación y desarrollo de competencias en la formación de profesionales estimulando su labor social.
 - El Gobierno Regional promueve la reestructuración del Sistema Educativo regional en sus diferentes niveles, incorporando elementos de promoción de la salud integral.
 - El Gobierno Regional y el sector salud (MINSA, Fuerzas Policiales, ESSALUD, Privados, Colegios Profesionales) implementan un sistema de evaluación y acreditación del personal profesional de la salud, así como de instituciones de asistencia médica u hospitalaria.
 - Es política regional incentivar la generación de capacidades para la investigación en salud.
16. Promoción de la Salud:
 - El Gobierno Regional y Gobiernos locales, implementan estrategias de promoción de la salud integral para la generación de hábitos saludables y del acceso universal a los servicios de salud.

(1) Plan Regional Concertado de Salud

1.6. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PLAN REGIONAL CONCERTADO.

1. Promover experiencias valiosas de intervención en salud adecuadas y con resultados plausibles en la región.
2. Promover estilos de vida y prácticas de alimentación saludables con énfasis en niños, niñas y mujeres.
3. Mejorar el acceso a los servicios de saneamiento básico priorizando poblaciones excluidas.
4. Promover y fortalecer la articulación del Sistema Regional de Salud, en marco del modelo de atención integral.
5. Promover el fortalecimiento de espacios de concertación interinstitucional y Vigilancia para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.
6. Promover e incentivar una cultura socio-sanitaria desde los niveles básicos de educación con participación de la comunidad.
7. Promover y fortalecer la incorporación del Enfoque Intercultural en la Gestión de Salud.
8. Fortalecimiento de la formación, gestión y desarrollo del potencial humano en salud.
9. Incentivar la inversión privada orientándola al financiamiento de programas y proyectos de salud basados en las prioridades regionales.
10. Promover el acceso equitativo de Poblaciones excluidas y dispersas por factores socio económico, culturales, políticos y discapacidades a servicios de salud calificados.
11. Reducir la morbi-mortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.
12. Promover y potenciar la investigación científica en salud a nivel Regional.

1.7. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PLAN ESTRATEGICO 2009-2013 INSTITUCIONAL DE LA DIRESA CUSCO

1. Reducir la mortalidad materna neonatal.
2. Reducir la desnutrición crónica y anemia en menores de cinco años.
3. Disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles.
4. Fortalecer las intervenciones de prevención de las enfermedades no transmisibles.
5. Prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades crónico degenerativas y enfermedades inmuno prevenibles.
6. Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.
7. Generar cambios de comportamientos, actitudes y prácticas saludables de la persona, familia y comunidad, con participación social, con enfoque de derecho, género e interculturalidad.
8. Fortalecer la gestión y conducción de la Dirección Regional de Salud Cusco.

1.10 IDENTIFICACION BASICA.**1.10.1. DENOMINACIÓN.- DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO.****1.10.2. NATURALEZA.-**

La Dirección Regional de Salud Cusco, es un órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional del Cusco, responsable de formular y proponer las políticas regionales de salud; así como, dirigir, normar y evaluar a los establecimientos de salud, en concordancia con las políticas nacionales y planes sectoriales.

La Dirección Regional de Salud Cusco tiene a su cargo, como órganos desconcentrados, a las Direcciones de Red de Servicios de Salud y los Hospitales de mayor capacidad resolutive.

1.11. MARCO ESTRATEGICO:**1.11.1. VISION.-**

"Somos Una Institución descentralizada, líder en la gestión y prestación integral de servicios de salud de calidad, con participación ciudadana; que practicamos la equidad, solidaridad, justicia e interculturalidad, contribuyendo a una mejor calidad de vida de la población en la región Cusco"

1.11.2. MISION.-

"Brindar atención integral de salud en las dimensiones de persona, familia y comunidad, mediante la Red de Servicios de Salud; con una gestión eficaz y eficiente, en corresponsabilidad con la sociedad organizada; respetando la equidad de género, derechos e interculturalidad, priorizando los grupos de mayor riesgo en la Región Cusco".

1.11.3. VALORES.-

Para el adecuado cumplimiento de la MISION se deben practicar los siguientes valores morales identificados:

- a. Responsabilidad en el cumplimiento del trabajo
- b. Respeto mutuo en las relaciones de trabajo y con la comunidad.
- c. Conductas moralmente adecuadas en el ambiente del trabajo.
- d. Puntualidad.
- e. Transparencia en la realización e informe de las actividades.
- f. Honestidad en el manejo de los recursos institucionales.
- g. Espíritu de iniciativa y superación.
- h. Compromiso con la misión y visión institucional (mística y amor al trabajo).
- i. Trabajo en equipo y multidisciplinario
- j. Reconocimiento a los méritos y esfuerzos destacables.
- k. Identificación y respeto a la diversidad cultural (interculturalidad)

CAPITULO II**2. DIAGNOSTICO SITUACIONAL****2.1. CARACTERÍSTICAS POLITICAS, GEOGRÁFICAS, MEDIOAMBIENTALES Y SOCIOANTROPOLOGICOS.****DIVISIÓN POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA.**

La Región Cusco, cuna del antiguo imperio incaico y conocido ampliamente en el mundo por contar con una arquitectura y restos arqueológicos deslumbrantes. Es la cuarta Región en extensión en el Perú, luego de Loreto, Ucayali y Madre de Dios; y debido a su amplitud, posición geográfica e historia es una ventana al mundo para el país.

Se localiza en el corazón de la sierra sur del país, y se encuentra situado en la parte sur oriental del país, abarcando zonas de sierra y selva, entre las coordenadas geográficas de LATITUD SUR de 10°13'10", 13°00'00", 12°20'25" y 12°16'30" (en las orientaciones norte, este, sur y oeste); de LONGITUD OESTE de 20°59'52", 70°21'41", 70°00'36" y 73°57'45" (en las orientaciones norte, este, sur y oeste); teniendo como puntos de referencia a confluencia del Río Mishagua con el Río Urubamba por el norte, punto sobre el Río Inambari próximo al Chaspi por el este, el cerro Accitauacota a 4925 m.s.n.m. en los límites interregionales de Puno, Arequipa y Cusco por el sur, y la confluencia del Río Mantaro con el Río Apurímac por el oeste.

La Región Cusco colinda con 7 regiones; por el norte lo hace con Junín y Ucayali, por el este con Madre de Dios y Puno, por el sur con Arequipa, y por el oeste con Apurímac y Ayacucho.

El territorio de la Región del Cusco tiene una superficie de 72,104.41 Km² y políticamente está dividido en 13 provincias y 108 distritos, la capital departamental es la provincia de Cusco (3360 m.s.n.m.) que tiene 8 distritos, cuya Capital es Cusco; que actualmente es la Capital Histórica del Perú, mundialmente conocido por su esplendoroso pasado y la importancia de la evolución de la cultura que se desarrolló en este pueblo.

El Cusco por merito propio ostenta muchos títulos de honor tales como Patrimonio Cultural de la Humanidad, Capital Arqueológica de América y muchos otros galardones que le hacen merecedor de un sitio muy especial en la cultura del Perú y del mundo.

La administración sanitaria de la Región Cusco se da a través de la Dirección Regional de Salud Cusco; la que se divide en 5 Redes de Servicios de Salud: Cusco Norte, Cusco Sur, Canas-Canchis-Espinar, La Convención, kimbiri Pichari, 2 Hospitales de categoría III (Hospital Regional del Cusco y Hospital Antonio Lorena, ambos en la ciudad del Cusco) y 4 Hospitales de Categoría II- 1 (Hospital de Sicuani, Espinar, Santo Tomas y Hospital de Quillabamba).

GEOGRAFÍA Y SUPERFICIE.

La superficie territorial de la Región Cusco es de 72,104.41 Km², el medio físico es extremadamente variado, pues en él se conjugan alineamientos montañosos, nudos, altiplanos y mesetas, así como profundos valles y cañones.

OROGRAFÍA.

El departamento en cuanto a su situación orográfica, está atravesado por dos grandes sistemas de cordilleras, por el Este la cadena de Vilcanota que separa la meseta del Titicaca del Oeste andino peruano; y por el Oeste la cadena de Vilcabamba, que separa al trópico amazónico, conectándose con la cuenca del Apurímac. La presencia de valles profundos, zonas agrestes de topografía accidentada, con elevaciones que llegan hasta 6372 m.s.n.m. como el nevado de Ausangate, situado en las provincias de Quispicanchis y Canchis.

HIDROGRAFIA.

Los Ríos de la Región Cusco, nacen del contrafuerte de la Cordillera Oriental de los Andes; algunos son de caudal permanente y considerable, y otros son de caudal irregular. Los principales y mayores ríos son: Vilcanota (Urubamba), Apurímac y Mapacho (Paucartambo).

El Río Vilcanota, nace en la cordillera de Oriental de los Andes, en la divisoria fluvial del Vilcanota. Se inicia como curso de agua en el Abra de la Raya a 4,362 m.s.n.m., presentando una pendiente promedio en el cauce principal de 0.77%.

Región Cusco: Cuencas Hidrográficas

El Apurímac se desempeña por un cañón fragoso y profundo a partir de Livitaca y la llanura de Yauri, sin dejar casi nada de tierras cultivables en torno a su curso, sin terrazas aluviales importantes a sus orillas y que se encajona y mete en su lecho de roca, con rabiones, cataratas y fragosidades, siendo su valle por lo tanto escasamente aprovechable para la agricultura.

Lagunas.- El departamento del Cusco, también tiene aguas almacenadas en sus lagunas, siendo una de las principales la laguna de Langui-Layo, que con una capacidad máxima de 120 millones de metros cúbicos llegó a ocupar toda su capacidad en marzo del 2001, y tiene una extensión de 447.7 km². Le siguen entre las más importantes las lagunas de Sibinacocha (Distrito de Checacupe), Pomacanchi (Pomacanchi), Pampamarca (Pampamarca), Asnaccocha (Mosocllacta), Machucocha (Santo Tomás), Lucre (Lucre), Huacarpay (Lucre), Urcos (Urcos), Huaypo (Chinchero) y Piuray (Chinchero).

CLIMA Y TEMPERATURA

Debido a que nuestro país se encuentra en el Hemisferio Sur, el clima de la costa debería ser tropical, sin embargo existen factores que intervienen en su caracterización climática tales como: el Anticiclón del Pacífico Sur, la Corriente Peruana de Humboldt y la Cordillera de los Andes, que determinan su carácter semi tropical.

El clima de la Región Cusco está subordinado a las condiciones de altitud y relieve. En este sentido y por la enorme variedad de altitudes, el territorio cusqueño ostenta una amplia gama de climas donde la variable dependiente es la temperatura. El clima de la Región Cusco es variado; con una franja cálida templada por debajo de los 2,000 m.s.n.m., donde no existe la estación de invierno, existiendo descensos de temperatura entre los meses de mayo a julio. La temperatura promedio anual es de 23.3 °C y el nivel de precipitación anual alcanza a los 1,131.60 mm., siendo los meses de diciembre a marzo los más lluviosos, mientras que los meses de mayo y junio son los más secos; una franja templada entre los 2,000 y 3,300

m.s.n.m., con un clima agradable, con inviernos moderados y secos, lluvias en el verano; esta zona presenta un clima primaveral durante todo el año oscilando las temperaturas entre los 10 y 15 °C aproximadamente; una franja de transición entre los 3,300 y 3,700 m.s.n.m., se caracteriza por un clima frío moderado, con lluvias en el verano, las temperaturas medias anuales fluctúan entre los 8 a 12 °C., el mes más frío es julio y los meses más calientes son octubre y noviembre, se presenta una época de heladas, entre los meses de mayo a agosto, siendo más intensos entre junio y julio, en esta zona se presentan grandes oscilaciones temperaturas entre las horas de medio día agradablemente caliente y las que se registra entre las horas de la noche y el amanecer, acentuadamente fría; y la última franja fría, por encima de los 3,700 m.s.n.m., donde la temperatura media anual es de 3.5 °C, teniendo temperaturas tan bajas, que al amanecer los arroyos y las cascadas tienden a congelarse.

En el departamento de Cusco, la mayor temperatura se presentó en el mes de octubre de 1983 llegando a 27.8 °C, mientras que la temperatura menor se registró en el año de 2002, siendo de -15.0°C. La máxima precipitación ocurrida en el departamento llegó a 225.4 mm³ en el mes de enero de 1981. El

máximo caudal registrado fue de 403.223 mm³ en enero de 1971. Río Descarga Máxima Descarga Mínima %

Vilcanota 52,895 m³ 4.57 m³ 3.69

Mapacho 41,271 m³ 3.56 m³ 3.65

ECOLOGÍA.

La diversidad ecológica es una de las características más relevantes del departamento y, como resulta obvio, la que determinó el devenir histórico y social de sus habitantes, son los cuatro distintos pisos ecológicos que se puede encontrar en la región; tres de ellos: Quechua, Puna y Suni corresponden a lo que se conoce como la Sierra del Cusco. El piso Quechua, está ubicado entre los 2400 y 3500 m.s.n.m., que corresponde a los valles interandinos, sus suelos son principalmente aluvionales y de temperatura abrigada, los que definen su carácter eminentemente agrícola. El piso más alto y habitado del Departamento es el denominado Puna y está ubicado sobre los 4000 m.s.n.m., zona de pastos naturales, con temperaturas en extremo bajas; razón por el cual la actividad económica principal es la ganadería sobre todo auquénida; y el último piso ecológico de la sierra es el denominado Suni, se ubica entre los dos pisos antes referidos y combina algunas de las características ecológicas de ambos.

En la región amazónica del Cusco, sólo se encuentra un piso ecológico denominado Selva Alta, ubicado entre los 95 y 1000 m.s.n.m., se caracteriza por tener una accidentada topografía, con altas pluviosidades y elevadas temperaturas.

La variedad de climas cusqueños propicia una gama amplia de cultivos. En la zona alto andina predominan los tubérculos y leguminosas; en los abrigados valles, el maíz y el trigo; y en las partes más bajas de La Convención y Paucartambo se siembran preferentemente café, cacao y té. Por lo tanto el Cusco es una región que lo tiene casi todo, es una suerte de país en miniatura, y una verdadera delicia para los viajeros.

VIAS DE COMUNICACION.

LAS VIAS DE COMUNICACION EN EL INCANATO.- Los planificadores Quechuas utilizaron recursos y conocimientos ancestrales para optimizar la utilización de su geografía y así poder establecer un sistema de asentamientos humanos, crear una red vial eficiente e implementar infraestructuras de comunicaciones, alojamiento y abastecimiento. Un estudio amplio y completo sobre el tema es el realizado por Santiago Agurto del que se desprenden algunos aspectos aquí tratados. Es obvio que el urbanismo Inka dependía de algunos aspectos elementales, entre los que se pueden mencionar su religiosidad panteísta profunda que tenía muy en cuenta su medio ambiente: la Pachamama o Madre Tierra, los Apus y Aukis o Espíritus de Montañas y Valles, las Wakas o Templos diversos que estaban enmarcados dentro de Ceques (líneas imaginarias con sucesión de Wakas). El urbanismo era también consecuencia de su amplio pragmatismo y el sentido económico que representaba un centro urbano; siendo los Inkas una sociedad agrícola se debían reservar las mejores tierras para su actividad principal no pudiendo desperdiciarlas en pueblos o templos que sí eran construidos en terrenos agrestes. Aún dentro de las poblaciones las calles eran siempre estrechas con la intención de aprovechar al máximo el espacio. Determinaban el urbanismo también elementos de orden y de autoridad, con sus consabidos principios de Bi, Tri y Cuatripartición; Simetría, Oposición, Repetición y Subordinación. En la traza urbana del Qosqo Inkásico se aprecian dos partes, Hanan Qosqo y Urin Qosqo (Qosqo de arriba y de abajo); cuatro sectores

correspondientes a los cuatro del Tawantinsuyo; doce barrios que resultan de la partición en tres de cada sector, y la subdivisión de cada barrio en tres sub-barrios, Collana, Payan y Cayao. Hanan primaba sobre el Urin; mientras que Chinchaysuyo se contraponía a Collasuyo, en tanto que Contisuyo a Antisuyo. El urbanismo tenía también una posición integralista, así, normalmente buscaba integrarse con la naturaleza razón por la que la sociedad Inka es tipificada como eminentemente ecologista. Con frecuencia dentro de un núcleo urbano la parte central era ocupada por templos y palacios, mientras que sus periferias por asentamientos en orden de importancia de modo decreciente.

La red vial del Perú prehispánico fue realmente impresionante para su tiempo, causó la admiración de los primeros europeos que visitaron el Tawantinsuyo quienes no dudaron en compararla con la desarrollada por los romanos que fueron los únicos en tener algo de tal magnitud en el viejo mundo. La red vial debía permitir una rápida intercomunicación entre el Qosqo y el Tawantinsuyo y viceversa para lograr la integración territorial; además de proporcionar seguridad, descanso y aprovisionamiento para viajeros, comitivas oficiales o el ejército; al igual que posibilitar una eficiente producción, recolección y redistribución de productos y la captación de recursos tributarios. Las vías o caminos tenían diferentes

categorías, funciones y características de acuerdo al territorio y su uso; en la costa eran sólo de tierra pero en un nivel superior al piso natural, cruzando los desiertos había hitos y aún cuerdas que los delimitaban; en zonas húmedas y lluviosas estaban totalmente empedrados; se planificaron siempre para dar comodidad al viajero pedestre. Existía también una jerarquización vial con dos grandes categorías; la primera formada por los Inkañankuna (camino del Inka) o caminos reales que eran, por ejemplo los que unían al Qosqo y los cuatro Suyos, caminos conocidos como Qhapaq Ñan: vía principal o rica, seguidos por los Hatun Ñan:

vía grande o extensa, que constituían la red vial primaria que tuvo entre 10 a 25 mil kms., con un ancho de 4 a 8 metros. La segunda categoría involucraba a los Runañankuna (camino de la gente) o caminos para el pueblo, ellos atendían las comunicaciones de distritos y localidades.

El sistema vial recorría longitudinal y transversalmente el Tawantinsuyo y en su conjunto llegó a alcanzar unos 40,000 Kms.; estaba constantemente supervisado por funcionarios jerarquizados como el Qhapaq Ñan Tukuyrikuq, el Hatun Ñan Qamayoq o simplemente el Ñan Qamayoq. Fueron además impresionantes los Puentes (Chaka en singular y Chakakuna en plural), que debían trasponer los lechos fluviales y que debieron adecuarse a la topografía del lugar, distancia y disponibilidad de materiales. Según sus procedimientos de construcción éstos se pueden agrupar en:

34

- a.- Puentes de Troncos y Palos, que fueron un tipo favorito al tratarse de puentes pequeños;
- b.- Puentes de Piedra, formados por losas y existían de dos tipos: aquellos de una sola luz o vano, y aquellos que presentaban varios ojos o espacios para el curso de las aguas;
- c.- Huaros, Uruyas (oroyas), o Tarabitas (en Ecuador), consistían en una maroma tejida y muy gruesa de cañamo de "chawar" atada a gruesos árboles o peñascos por la que se deslizaba con la ayuda de otras cuerdas una canasta de mimbre con asa de madera gruesa en la que se transportaban personas y bienes;
- d.- Puentes colgantes, hechos en base a cuerdas o maromas muy gruesas de "Ichu" o paja brava, o en su defecto de fibras de "Pakpa" o maguey (Agave americana) trenzadas, a veces reforzadas con cueros de camélidos sudamericanos. Las cuerdas eran atadas a estribos pétreos en ambos lados del río formando un pasaje estrecho pero bastante sólido. Puentes de este tipo eran denominados "Simp'achakakuna" (puentes trenzados); el ejemplo actual más elocuente de este tipo de puente es el de Qheswachaka sobre el río Apurímac.
- e.- Puentes Flotantes, utilizados para trasponer aguas tranquilas o detenidas. Fabricados en base a cuerdas de fibras vegetales diversas; es célebre el puente que existía en el Inkario sobre el río Desaguadero (Lago Titicaca) hecho en base a cañas de totora trenzadas a manera de plataforma sobre la que se colocaba una cantidad grande de más cañas que eran cosidas a las maromas. Los oficiales a cargo de los puentes eran los Chaka Qamayoq.

ESTRUCTURA POBLACIONAL.**POBLACIÓN TOTAL.**

La población estimada del departamento de Cusco para el año 2002 es de 1 millón 208 mil 689 habitantes, es decir, el 4.5% de la población total del país y el séptimo departamento con más población después de Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca, Puno y Junín.

Tabla N° 09.- Departamento Cusco: Población Total

DPTO/ PAÍS	1981		1993		2005		2007	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
CUSCO	874,463	4.9	1,066,495	4.1	1,252,201	4.5	1,171,403	4.2
PERU	17,762,231	100	22,639,443	100	27,947,000	100	28,220,764	100

Fuente.- Instituto Nacional de Estadística e Informática

Tabla N° 10.- Región Cusco: Población según Sexo, 2007

Sexo	Población	%
Masculino	584,868	49.9
Femenino	586,535	50.1
Total	1,171,403	100

Fuente.- INEI – Censo Nacional 2007

Existe la tendencia de asumir un modelo de atención integral del individuo, que organice e incluya las actividades de salud en áreas de atención por grupos específicos de la población, señalados por etapas del ciclo de vida. En armonía con este modelo, el análisis de la morbilidad y la priorización se puede realizar bajo el enfoque por Etapas del Ciclo de vida.

POBLACION POR ETAPAS DE CICLO DE VIDA.

ETAPAS DEL CICLO DE VIDA	2000		2003		2005		2007	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Gestantes	39,877	3.44	38,350	2.17	37,959	2.09	36,439	3.11
0 - 7 días (Periodo neonatal temprano)	574	0.05	591	0.03	617	0.03	550	0.05
0 - 28 días (Periodo neonatal)	2,295	0.2	2,363	0.13	2,262	0.12	2,070	0.18
< 1 año (Infancia)	29,512	2.55	28,917	1.63	29,001	1.6	27,208	2.32
1 - 4 años (Pre escolar)	116,316	10.04	113,912	6.43	121,690	6.72	102,579	8.76
5 - 17 años (Escolar)	370,304	31.97	367,316	20.74	370,008	20.42	339,421	28.98
10 - 19 años (Adolescente)	273,467	23.61	278,360	15.72	260,652	14.38	227,863	19.45
20 - 64 años (Adultos)	543,060	46.89	581,912	32.86	619,272	34.18	406,899	34.74
65 - más años (Adulto mayor)	50,531	4.36	54,270	3.06	67,041	3.7	64,993	5.55
MEF (15 a 49 años)	285,377	24.64	304,717	17.21	303,473	16.75	298,581	25.49
TOTAL	1,158,142	100	1,119,549	100	1,252,201	100	1,171,403	100

Podemos apreciar que de la población total para el año 2007, el grupo correspondiente a adultos representa el 34.74%, una tercera parte de la población; una quinta parte (28.98%) de la población esta representada por el grupo escolar y un 25.49% esta representada por las Mujeres en Edad Fértil.

90

Los niños de menores de 5 años representan el 11.30% de la población; los adolescentes un 19.45% y las gestantes un 3.11 %; todos estos grupos son porciones importantes de la población del Cusco; para los que se dirigen los programas por Etapas de Ciclo Vida y las intervenciones sanitarias de las hoy denominadas Estrategias Sanitarias. Tanto los riesgos y daños que afectan a la población, así como las intervenciones sanitarias pueden medirse con indicadores de estructura, proceso y resultado propios para cada etapa o de etapas del ciclo de vida adyacentes que ameritan acciones específicas de la respuesta institucional y social.

DENSIDAD POBLACIONAL.

La densidad poblacional en el departamento del Cusco es de 17.4 hab. /km², mientras que a nivel nacional el indicador es de 20.8 hab. /km². La Capital de la República Lima tiene una densidad de 222.6 hab. /km², mientras que la provincia constitucional del Callao tiene una densidad de 5,355.5 hab. /km². A nivel del departamento del Cusco, la mayor concentración de habitantes por kilómetro cuadrado se da en la provincia del Cusco con 538.2 hab. /km², mientras que la de menor densidad es la provincia de La Convención con 6.8 hab. /km². Si tomamos como parámetro el nivel distrital, observamos que el distrito de Wanchaq (provincia de Cusco) tiene una densidad poblacional altísima con 10,014 hab. /km² y 0.79 hab. /km² el distrito de Camanti en la provincia de Quispicanchis.

CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN URBANA Y RURAL.

Región Cusco: Distribución poblacional según área de residencia

Años	Población en N°			Porcentaje	
	Total	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1940	486,592	122,552	364,040	25.2	74.8
1961	611,972	198,341	413,631	32.4	67.6
1972	715,237	262,822	452,415	36.7	63.3
1981	832,504	348,396	484,108	41.8	58.2
1993	1,028,763	471,725	557,038	45.9	54.1
2002	1,208,689	587,423	621,266	48.6	51.4
2003	1,199,549	550,302	649,247	45.9	54.1
2004	1,237,803	568,152	669,651	45.9	54.1
2005	1,252,201	574,760	677,441	45.9	54.1
2007	1,171,403	644,272	527,131	55	45

Fuente.- INEI – Censos Nacionales

La población de la Región Cusco por área de residencia, en los últimos años, muestra una tendencia decreciente en el área rural, habiendo descendido de 74.8% en 1940 a 45.0% en el 2007; este comportamiento se explica por la constante migración de esta área y el constante proceso de urbanización que ha caracterizado el crecimiento de la población del departamento y del país, concentrando de esta manera mayor población en el área urbano marginal de las principales ciudades como Cusco, Sicuani, Espinar y Quillabamba. Asimismo, el proceso de desarrollo en el Perú, ha originado un acelerado proceso de urbanización, es así que para el año 2007, se estimó que 55.0% de los habitantes viven en áreas urbanas.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD.

Fuente.- INEI - Censos de Población – Estimaciones de Población 1940 - 2050

En la Región Cusco, el número promedio de hijos que tendría la madre al término de su vida reproductiva en el quinquenio 2000–2005 es de 3.4, cifra menor que la observada en el quinquenio 1995–2000, que fue de 3.9 hijos por mujer; explicable en parte por que la mujer en los últimos años ha contado a su disponibilidad con los medios necesarios para planificar su vida reproductiva; muy a pesar de los sesgos que temporalmente han originado las acciones desde el sector, que en ocasiones origino la no disponibilidad oportuna de determinado tipo de insumos. La provincia constitucional del Callao y el departamento de Lima, tienen la tasa global de fecundidad más baja del nivel nacional con 1.8 y 1.9 hijos por mujer respectivamente; mientras que Huancavelica tiene la tasa global de fecundidad más alta, con 4.6 hijos por mujer; y a nivel Perú vemos un comportamiento, con una tasa Global de Fecundidad de 2.6 hijos por mujer para el quinquenio 2000–2005.

En el Censo Nacional del 2007 Cusco, la Tasa Global de Fecundidad según lugar de residencia urbano y rural es de 3.7y 5.0 hijos por mujer respectivamente y existe una relación inversa entre fecundidad y educación, donde la TGF de las mujeres sin educación (6.6 hijos x mujer) es 2.6 veces mayor de la tasa global de fecundidad de las mujeres con educación superior (2.5 hijos x mujer). Se hace necesario que se implementen acciones destinadas a enfrentar factores de riesgo primordiales como es el garantizar la instrucción secundaria completa de las mujeres que viven en el área rural, dado que se ha mostrado que ese es un factor de protección importante, y que operativamente requiere que desde el Nacimiento Promedio Anual.

La Tasa de Fecundidad Específica por Edad, está dada por los nacimientos por cada mil mujeres y en Cusco se observa que dicha tasa tiene valores altos en el área rural. En ésta tiene un comportamiento bimodal, comparado con los valores nacionales, con tasas altas en el grupo etáreo de 20 a 24 años (243 x 1000) y un comportamiento no usual en el grupo etáreo de 35 a 39 años (183 x 1000). En el área Urbana tiene un comportamiento similar, pero con cifras mucho menores, siendo mayor en el grupo

etéreo de 25 a 29 años (130 x 1000); llama la atención que la relación de invierte en el grupo etéreo de 45 a 49 años, siendo mayor en el área urbana. Otro hecho importante es la diferencia sustancial en el grupo etéreo de 15 a 19 años con predominio del área Rural.

TASA DE NATALIDAD.

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) en Cusco para el año quinquenio 2000-2005 es de 25.9 nacimientos por mil habitantes, tasa que ha ido disminuyendo a través de los años y que el INEI proyecta una tendencia decreciente para los próximos quinquenios, como efecto del uso de métodos de planificación por parte de la población y de una adopción de paternidad responsable, en razón a ello se tiene una proyección de los nacimientos con la misma tendencia; además del incremento del alfabetismo en la mujer y la edad de la primera unión conyugal que está disminuyendo en las adolescentes. A nivel nacional para el quinquenio 2000–2005, el INEI estima que la tasa bruta de natalidad es de 16.9 para el Callao y la más

alta se registra en el departamento de Huancavelica con 32.4 por mil habitantes y a nivel Perú es de 22.6 por mil habitantes.

Para el año 2002, en la DISA Cusco, se tiene registrado una Tasa de Natalidad de 20.2 por mil habitantes, lo que evidenciaría de manera clara un sub-registro que es preciso evaluar y enfrentar en los diferentes niveles de responsabilidad intra y extra-institucional.

TASA DE MORTALIDAD.

La Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) en Cusco para el quinquenio 2000–2005 proyectada por el INEI, nos muestra que el número de fallecidos que en promedio ocurren anualmente es de 9.7 por mil habitantes, y que a nivel nacional se halla ubicado en el cuartil cuarto o percentil 75.

La evolución de la Tasa Bruta de Mortalidad y las defunciones promedio anual en los próximos quinquenios tiende a un comportamiento decreciente, proyectándose así la Tasa Bruta de Mortalidad para el quinquenio 2010–2015 una TBM de 8.4 por mil habitantes.

A nivel Perú la Tasa Bruta de Mortalidad para el quinquenio 2000–2005 es de 6.2 por mil habitantes, siendo el más bajo el indicador del Callao con 3.9 por mil habitantes y el más alto el departamento de Huancavelica con 11.3 por mil habitantes.

Para el 2006, la DIRESA Cusco tiene registrado 4,605 defunciones; con una Tasa Bruta de Mortalidad de 3.6 por mil habitantes, lo que evidencia claramente un sub-registro de por lo menos el 50%.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en Cusco para el quinquenio 2000–2005 es de 65 por mil nacidos vivos, esta tasa es mayor en niños que en niñas (72 y 58 x 1000 N.V. respectivamente), ubicándonos para el presente período dentro del cuartil superior a nivel nacional y catalogado como ámbito de alto riesgo.

En el año 2006, la Dirección Regional de Salud Cusco, ha registrado un total de 435 defunciones en menores de 1 año, con una tasa de mortalidad infantil de 18.3 por mil nacidos vivos, lo que evidencia un sub-registro de por lo menos del 60% en el sistema de información existente a nivel regional.

Las provincias de mayor riesgo para Mortalidad Infantil son: Quispicanchis, Espinar, Paucartambo, y Canas entre los más importantes; información que debe considerarse de manera prioritaria para elaborar planes de intervención integral en relación a la salud infantil.

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL.

Cada año en nuestro país ocurren alrededor de 11,000 muertes perinatales, la cual representa un problema grave de Salud Pública, problema derivado de las condiciones de pobreza, desigualdad de las mujeres al cceso de oportunidades de educación y salud, así como la deficiencia en la obertura y calidad de los servicios de salud.

El ENDES 2000 refiere que la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP) estimado para la Región Cusco es de 48 defunciones por mil embarazos de 7 o más meses de duración, y que la TMP en el caso de las madres que tenían menos de 20 años al momento del nacimiento es de 68 por mil; en tanto que la TMP a nivel nacional estimado fue de 23 por mil.

En el año 2000 y 2001 a nivel de la Región Cusco se registraron TMP por encima del reportado en el año 2002 (39.7 y 41.7 por mil nacidos vivos). Para el año 2002 se ha notificado un total de 919 defunciones perinatales y alcanzando una TMP de 37.2 por mil nacidos vivos; tasa por encima del promedio nacional para el mismo período. Para el año 2004 se han notificado un total de 895 muertes perinatales, con una

TMP de 35.99 por 1000 n.v.; siendo las de mayor riesgo para mortalidad perinatal las provincias de Chumbivilcas, Paruro, Quispicanchis, Acomayo, Canas, entre otros.

El gráfico muestra las altas tasas de mortalidad perinatal y una tendencia de estacionariedad, que requiere ser tomada muy en cuenta en el momento de la planificación por los diferentes niveles de responsabilidad institucional para realizar intervenciones sanitarias que permitan superar esta situación. Así mismo se aprecia que el sub-registro de la mortalidad perinatal es de alrededor del 20%, y es uno el sub-registro más bajo existente en nuestro sistema de información de la mortalidad, debido a que desde hace más de 5 años se tiene establecido en la Región un sistema de vigilancia e investigación de la mortalidad perinatal.

RAZON DE MORTALIDAD MATERNA.

La Región Cusco, es una de las regiones del país que presenta anualmente una Razón de Mortalidad Materna (RMM) por encima de 150 por 100,000 nacidos vivos, con grandes diferencias provinciales que superan este criterio internacional de identificación de zonas de muy alto riesgo para mortalidad materna; presentándose espacios provinciales con zonas caracterizadas con problemas sociales, económicos, culturales y de accesibilidad a educación y salud. Así tenemos que la Razón de Mortalidad Materna para el 2004 en la Región es de 200 x 100,000 n.v.; mostrándose que desde el 2002 a la fecha existe un estancamiento y estacionariedad de las tendencias de la mortalidad materna, lo que debe ser tomado muy en cuenta en el proceso de priorización y elaboración de planes de intervención.

La Razón de Mortalidad Materna a nivel de provincias, en su mayoría supera el rango considerado de Muy Alto Riesgo, incluso el promedio regional, así tenemos que esto ocurre en las provincias de Cusco, Espinar, La Convención. Canas, Quispicanchis, Urubamba, Chumbivilcas, Paucartambo.

Los factores asociados a la mortalidad materna y la mortalidad perinatal son variados, que incluyen problemas de accesibilidad a los servicios de salud tanto de tipo social, económico y cultural (entendimiento de la racionalidad sobre el proceso salud enfermedad por parte de la comunidad; creencias y costumbres acerca del embarazo, parto y puerperio; conocimiento del idioma quechua por parte del personal de salud; entre otros). Otros problemas importantes son: Tener implementado de manera adecuada y apropiada un Modelo de Atención Integral de la Salud de la Mujer y de la Gestante, que incluya un ordenamiento de la atención desde los servicios de salud con calidad y calidez; mejoramiento de la capacidad resolutoria según niveles de responsabilidad; fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, mejoramiento sustancial de las acciones de promoción desde el sector para generar hábitos y estilos de vida saludables en las mujeres y las gestantes; mejoramiento del trabajo en y con la

comunidad; entre los más importantes factores que requieren ser enfrentados sanitariamente.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER.

La evolución de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) para el quinquenio 2000–2005 en promedio es de 62.3 años para la población de la Región Cusco, siendo mucho más en mujeres que en hombres (64.6 y 60.0 años respectivamente) y que en comparación al nivel nacional, estamos por debajo del indicador nacional (69.8 años). Así a nivel nacional el Callao seguido de Lima tienen la esperanza de vida al nacer de 78.8 y 77.7 años respectivamente, mientras que Huancavelica tiene la EVN más baja (59.1 años).

TASA DE MIGRACIÓN INTERNA.

La migración en nuestra Región ha jugado un rol importante en el comportamiento demográfico de la población. En la proyección del INEI, se observa un decremento de las tasas de Inmigración y Emigración, siendo siempre mayor ésta última, es decir ha habido un incremento del flujo de pobladores Cusqueños hacia otras Regiones del País.

El fenómeno vital en la migración, es el “cambio de residencia habitual” y la naturaleza de la migración es principalmente social, pueden ser de índole económica fundamentalmente (búsqueda de empleo, educación, etc.) las que expliquen la emigración hacia Lima, Callao, Arequipa, Apurímac y Madre de Dios.

TASA DE ALFABETISMO

Las proyecciones para el 2002 emitidas por el INEI, refieren que la Tasa de Alfabetismo en el Departamento del Cusco es del 83.3%, siendo este de un 93.2% de alfabetismo en el caso de los varones y de un 73.4% en el caso de las mujeres; y si lo comparamos con el promedio de alfabetismo a nivel nacional que es de 89.3% y el de un 97.4% en el caso de la Provincia Constitucional del Callao, apreciamos que estamos con insuficiencias a este nivel.

Sin embargo pensamos que este indicador tiene sus limitaciones, en tanto que a partir de ella pretendemos evaluar si es o no un potencial factor de protección sanitario –que por cierto lo es, dado que el hecho de saber leer y escribir no es suficiente para poder entender y construir una cultura sanitaria en términos preventivos y promocionales que operativamente se traduzca en que la población adopte estilos de vida y hábitos saludables que permitan alcanzar una mejor calidad de vida para el poblador.

Pensamos que si realmente queremos que la educación sea un motor de cambio de la cultura sanitaria de la población, no bastaría evaluar si las personas saben leer y escribir, sino que habría que garantizar que tengan una educación secundaria completa con el supuesto de que lo que se les enseña y educa está basado en currículas educativas sistemáticas y sistematizadas basadas en la realidad local y que como fondo estén orientadas a un aprendizaje significativo por parte de la población escolar; y que desde el punto de vista de la salud de las personas este orientado a generar o propiciar hábitos y estilos de vida saludables.

NIVEL DE EDUCACIÓN.

La mediana de años de educación alcanzada por la población de 6 años a más en el departamento es de 5.1 años de estudio en los hombres y 3.2 años en las mujeres. La diferencia de sexo en la mediana de años de estudio es menor en el área urbana (1.1 años) que en el área rural (2 años). El porcentaje de población sin educación en el Cusco es casi el doble que el presentado a nivel nacional. Existe gran diferencia entre varones y mujeres sin educación, así del total de mujeres mayores de 6 años, casi la cuarta parte no tiene educación, en cambio en los varones el 10% no tienen educación.

A nivel departamento, la ENDES 2000, encontró que el nivel de inasistencia o deserción escolar a un centro de enseñanza regular es bastante alto (27%). La deserción en el área urbana (5%) es menor que el área rural (28%). Cabe resaltar que en el área rural, un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (74% y 70% respectivamente) asiste a la escuela.

ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: MORTALIDAD Y MORBILIDAD.

Diez Primeras Causas y Tasas de Mortalidad General y Específica según grupo de causas en Población General, 2006

El año 2006 se han reportado un total de 4605 defunciones en la Región Cusco (con un sub- registro estimado de 50.8%), que se traduce en una Tasa de Mortalidad General (TMG) de 3.6 x 1000 habitantes; siendo necesario destacar que las principales causas de mortalidad por grupo de causa más frecuente y de mayor riesgo lo constituyen las enfermedades del sistema respiratorio (17.4%), las causas externas de mortalidad (13.1%), las enfermedades del sistema circulatorio (12.9%), los Tumores y neoplasias (12.1%), las enfermedades del sistema digestivo (11.8%); este patrón de mortalidad estaría mostrando un proceso inicial de transición y contra transición epidemiológica, en el que conviven las enfermedades infecciosas y las crónico degenerativas como causas principales de muerte. La TMG estimada para el nivel nacional es de 6.1 por 1000 Hab., en tanto que para la Región Cusco este estimado es de 9.0 x 1000 Habitantes.

Número y Tasas de Mortalidad Específica según Grupo Etareo, 2006

Grupo de Edad	Población	Total		Tasa x 1,000
		Nº	%	
0-28 Días	2250	172	3.7	76.4
< 1 año	28851	435	9.4	15.1
1 - 4 años	120956	141	3.1	1.2
5 - 9 años	153602	49	1.1	0.3
10-14 años	141921	63	1.4	0.4
15-19 años	120059	112	2.4	0.9
20-44 años	507218	647	14.0	1.3
45-59 años	92339	722	15.7	7.8
60-+ años	101496	2436	52.9	24.0
Total	1266442	4605	100.0	3.6

Fuente: Área Informática - Dirección Estadística e Informática - DIRESA Cusco

Las tasas de mortalidad específica por grupo etareo muestra en gran medida los serios problemas de información existentes en relación a la mortalidad; así el número de muertes neonatales reportados a través del sistema de hechos vitales de la DIRESA Cusco es de 172 fallecimientos, lo que hace una tasa de mortalidad neonatal de 76.4 x 1,000 nacidos vivos (n.v.); y con información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Perinatal, se han reportado un total de 634 defunciones neonatales lo que hace una tasa de mortalidad neonatal de 23.5x 1,000 n.v.; así como que según el ENDES 2000 la tasa de mortalidad neonatal estimada para la Región Cusco era de 44.6 por mil n.v.

MORTALIDAD EN LA ETAPA NEONATAL (De 0 a 28 días)

Las primeras causas de mortalidad de población en etapa neonatal en la Región Cusco, corresponden a Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (52.3%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (9.9%), causas externas de morbilidad y mortalidad (9.3%), y Enfermedades del sistema respiratorio (9.3%). Al comparar las causas que originan muerte neonatal a nivel de las Provincias, se aprecia que existe un patrón más o menos establecido, dado que salvo en la Provincia de Urubamba, en la totalidad de provincias y a nivel regional la primera causa de muerte neonatal lo constituyen Causas externas de mortalidad y morbilidad; seguido de Enfermedades del sistema nervioso (en 11 Provincias y en la Región Cusco); y como tercera causa las Enfermedades del sistema Digestivo. De manera específica hay que prestar atención a los problemas relacionados a mortalidad a enfrentar como los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; el retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer; y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas con mayor número de muertes neonatales son las Provincias de Cusco (48 Muertes Neonatales –MN-), La Convención (23 MN) y Espinar (20 MN); que en el caso de la provincia del Cusco se explica en parte por la base poblacional que tiene y por qué en la ciudad del Cusco se encuentran los 2 Hospitales Referenciales a nivel regional, por ende se transfieren los casos más graves, algunos de los cuales llegan a fallecer y estos aumentan la cuenta de MN a nivel provincial. Con el sub-registro existente, las Provincias de mayor riesgo para mortalidad perinatal son:

Espinar (Tasa de Mortalidad Neonatal de 12.5 x 1000 n.v.) Paruro (10.7 x 1000) , Calca (9.7 x 1000), Canas (8.5 x 1000) y Canchis (7.1 x 1000)

MORTALIDAD EN LA ETAPA INFANTIL (< 1 año)

Las primeras causas de mortalidad de población en etapa infantil (< 1 año) en la Región Cusco, corresponden a Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (27,6%) – particularmente son importantes las causas externas de morbilidad (21.6%), Enfermedades del Sistema respiratorio (14.9%) Traumatismos , envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causas externas (7,6%). Al comparar las causas que originan muerte en la etapa infantil a nivel de las Provincias, se aprecia que existe un patrón más o menos establecido, dado que salvo en las Provincias de Anta, Calca, Canas, Canchis, Chumbivilcas,

Paucartambo, y Urubamba ,en la totalidad de otras provincias y a nivel regional la primera causa de muerte infantil lo constituyen Causas externas de morbilidad y mortalidad; seguido de Enfermedades del sistema respiratorio; y como tercera causa las Enfermedades del sistema Digestivo.

Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas con mayor número de muertes infantiles son las Provincias de Cusco (92 Muertes Neonatales MN)), Canchis (59 MN), La Convención (48 MN), Canas (42 MN), Espinar (41 MN), y Quispicanchis (34 MN); que en el caso de la provincia del Cusco se explica en parte por la base poblacional que tiene y por qué en la ciudad del Cusco se encuentran los 2 Hospitales Referenciales a nivel regional, por ende se transfieren los casos más graves, algunos de los cuales llegan a fallecer y estos aumentan la cuenta de MN a nivel provincial. Con el sub-registro existente, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a nivel regional es de 15.1 x 1000 n.v.; y las Provincias de mayor riesgo para mortalidad infantil son Canas (TMI 39.8 x 1000 n.v.), Espinar (25.5 x1000n,v), Canchis (23.3 x 1000), Calca (24.7 x 1000 n.v.) La información del ENDES 2005, muestra que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) estimada para el país es de 24 x 1000 n.v., en tanto que la TMI estimada para la Región Cusco es de

49.3 x 1000 n.v.; lo que por cierto muestra el nivel de sub-registro existente y que deberá ser considerado para implementar un Plan Estratégico de mejoramiento del Sistema de Información en la DIRESA Cusco.

MORTALIDAD EN LA ETAPA POST INFANTIL (De 1 a 4 años)

Cusco, corresponden a Causas externas de morbilidad (31.2%), Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (17.0%), Enfermedades del Sistema Respiratorio (12.8%), Enfermedades del sistema nervioso y del Sistema circulatorio con (7.1%) Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (5.0%), y las Enfermedades del sistema digestivo (4.3%). Al comparar las causas que originan la muerte en la etapa post infantil a nivel de las Provincias, se aprecia que no existe un patrón específico, así en un buen porcentaje de Provincias se aprecia el patrón regional, en otras provincias como Anta, Paucartambo, Quispicanchis o La Convención se aprecia un patrón de primeras causas de muerte post infantil que requiere evaluarse a futuro tanto a nivel del diagnóstico, como a nivel de qué manera se explicaría este patrón diferenciado. Es preciso indicar que un aspecto que debe considerarse en el análisis de los procesos de mortalidad existentes, es que existe un problema subyacente como son las Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, que requieren ser consideradas en los procesos de planificación sanitaria.

Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas, con mayor número de muertes post infantiles son las Provincias de Cusco (20), Espinar (17), Canchis (17), La Convención (16), Canas y Calca con (15).

Con el sub-registro existente, la Tasa de Mortalidad Post Infantil (TMPI) a nivel regional es de 1.2 x 1000 personas entre 1 a 4 años de edad; y las Provincias de mayor riesgo para mortalidad post infantil son Canas (TMPI 3.4 x 1000), Espinar (2.5 x 1000), Canchis (1.6 x 1000), Chumbivilcas (1.3 x 1000) Urubamba (1.2 x 1000).

MORTALIDAD EN LA POBLACION ESCOLAR PRIMARIA (De 5 a 9 años)

Las primeras causas de mortalidad de población en edad escolar primaria (5-9 años) en la Región Cusco, corresponden a Causas externas de mortalidad y morbilidad (36.7%), Tumores y neoplasias (12.2%), Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (10.2%), y las Enfermedades del sistema respiratorio (10.2%). Al comparar las causas que originan la muerte en la edad escolar primaria a nivel de las Provincias, se aprecia que no existe un patrón específico, salvo que los Traumatismos y envenenamientos y Ciertas enfermedades infecciosas constituyen las primeras causas de mortalidad en las diferentes Provincias de la Región Cusco. Algunos aspectos que deben de considerarse en el análisis de los procesos de mortalidad existentes en la edad escolar primaria, es que existen causas específicas que explican estas primeras causas de mortalidad y que deben tomarse en cuenta, como son los accidentes en el hogar y por accidentes de tránsito, y los problemas de ahogamiento o suicidios que cada vez son más preocupantes. Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas, con mayor número de muertes de población en edad escolar primaria son las Provincias de Canchis (13), La Convención (8), Cusco (7), Espinar (5), y Calca (4).

Con el sub-registro existente, la Tasa de Mortalidad en Edad Escolar Primaria a nivel regional es de 0.3 x 1000 personas entre 5-9 años de edad; y las Provincias de mayor riesgo para mortalidad en edad escolar primaria son Canchis (1.0 x 1000), Espinar (0.6 x 1000), Calca (0.5 x 1000), y Quispicanchis (0.4 x 1000).

MORTALIDAD EN LA ETAPA ADOLESCENTE (De 10 a 19 años)

Las primeras causas de mortalidad de población adolescente (10-19 años) en la Región Cusco, corresponden a Causas externas de morbilidad y mortalidad (36.7%), Enfermedades del sistema respiratorio (12.2%), Enfermedades del sistema nervioso (10.2%), Tumores y neoplasias (8.2%), Enfermedades del sistema circulatorio (6.1%), y Traumatismos y envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (6.1%). 133

Para analizar las causas que originan la muerte en la edad adolescente a nivel de las Provincias, se ha dividido en 2 subgrupos: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años de edad; en ambos subgrupos no se evidencia un patrón de carácter regional; salvo que en el subgrupo de 10-14 años los Traumatismos y envenenamientos, Ciertas causas externas de morbilidad y mortalidad y Ciertas enfermedades infecciosas constituyen las primeras causas de mortalidad en las diferentes Provincias de la Región Cusco; en tanto que en el subgrupo de 15-19 años llama la atención la aparición de los tumores como una de las primeras causas de mortalidad en algunas provincias como La Convención y Anta, lo que debe ser evaluado, así como que los Traumatismos y envenenamientos no son primeras causas de muerte en muchas provincias.

Algunos aspectos que deben de considerarse en el análisis de los procesos de mortalidad existentes en la edad adolescente, es que existen causas específicas que explican estas primeras causas de mortalidad y que deben tomarse en cuenta, como son los accidentes en el hogar y por accidentes de

tránsito, los eventos de intención no determinada, y los problemas de ahogamiento o suicidios que cada vez son más frecuentes.

Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas, con mayor número de muertes en edad adolescente son las Provincias de La Convención (11), Cusco (9), Anta (7), y Canchis (7). Con el sub-registro existente, la Tasa de Mortalidad en Población en Edad Adolescente a nivel regional es de 0.7 x 1000 personas entre 10-19 años de edad; y las Provincias de mayor riesgo para mortalidad en edad adolescente son Espinar (1.2 x 1000), Canchis (1.0 x 1000), Anta (0.8 x 1000), y Calca (0.7 x 1000).

MORTALIDAD EN LA ETAPA ADULTO (De 20 a 59 años)

Las primeras causas de mortalidad de población en edad adulta (20-44 años) en la Región Cusco, corresponden a Causas externas de morbilidad y mortalidad (20.3%), Enfermedades del sistema digestivo (16.7%), Tumores y neoplasias (14.4%), Enfermedades del sistema respiratorio (9.4%), y Enfermedades del sistema circulatorio (8.9%).

Al comparar las causas que originan la muerte en la edad adulta a nivel de las Provincias, se aprecia que no existe un patrón específico, salvo que los Traumatismos y envenenamientos, Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema respiratorio, y Tumores constituyen las primeras causas de mortalidad en las diferentes Provincias de la Región Cusco. Algunos aspectos que deben de considerarse en el análisis de los procesos de mortalidad existentes en la edad adulta, es que existen causas específicas que explican estas primeras causas de mortalidad y que deben tomarse en cuenta, como son los accidentes de tránsito, los eventos de intención no determinada, y las Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, entre otros.

Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas, con mayor número de muertes en edad adulta son las Provincias de Cusco (184), La Convención (85), y Canchis (83). Con el sub-registro existente, la Tasa de Mortalidad en Población en Edad Adulta a nivel regional es de 2.3x 1000 personas entre 20-64 años de edad; y las Provincias de mayor riesgo para mortalidad en edad adulta son Canchis (3.5 x 1000), Paruro (3.0 x 1000), Cusco (2.4 x 1000), y Espinar (2.1 x 1000).

MORTALIDAD EN LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR (60 a más años)

Las primeras causas de mortalidad de población en edad adulta mayor (65 a más años) en la Región Cusco, corresponden a Enfermedades del sistema respiratorio (23.3%), Enfermedades del sistema circulatorio (17.8%), Tumores y neoplasias (13.7%), Enfermedades del sistema digestivo (11.7%), y Enfermedades del sistema genitourinario (8.7%). Al comparar las causas que originan la muerte en la edad adulta mayor a nivel de las Provincias, se aprecia que existe un patrón más o menos específico a nivel de todas las Provincias de la Región; donde las primeras causas lo constituyen las Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades del sistema digestivo; observándose que algo que llama la atención, es que los Tumores constituyen la tercera causa de muerte a nivel de la Provincia del Cusco, lo que muestra el peso que tiene la ciudad del Cusco en este resultado, así como que estaría mostrando que la ciudad del Cusco está entrando en un proceso de transición epidemiológica.

Asimismo se aprecia que las Provincias más afectadas, con mayor número de muertes en edad adulta mayor son las Provincias de Canchis (321), La Convención (286), y Anta (178).

Con el sub-registro existente, la Tasa de Mortalidad en Población en Edad Adulta Mayor a nivel regional es de 24.0 x 1000 personas de 65 años a más; y las Provincias de mayor riesgo para mortalidad en edad adulta son Canchis (36.1 x 1000), Canas (32.3 x 1000), Calca (31.8 x 1000), y Urubamba (30.0 x 1000).

MORTALIDAD EN LA ETAPA DE LA MUJER EN EDAD FERTIL (15-49 Años de edad).

Durante el años 2006, se han registrado un total de 399 muertes de mujeres en edad fértil (15 – 49) años, siendo la primera causa enfermedades del sistema respiratorio 74 (18.5%), como segunda causas enfermedades del sistema circulatorio de 66 (16.5%), seguida por tumores neoplásicos 47 (11.8%), enfermedades del sistema digestivo 38 (9.5), enfermedades del sistema genito urinario 32 (8.00%).

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD.

DIRESA Cusco: Enfermedades que producen el 80% de la Consulta Externa General, 2007

En el 2007, el 80% de los motivos de consulta externa de la población en general, en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud- Dirección Regional de Salud está dada por las Enfermedades del sistema respiratorio; Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; Enfermedades del sistema digestivo; Enfermedades de las endocrinas nutricionales y metabólicas; y las Enfermedades

genitourinarias. Así mismo, llama la atención que dentro de este grupo se encuentren las atenciones catalogadas por el sistema de información como Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, lo que debe ser tomado en cuenta como parte del plan de mejoramiento del sistema de información que requiere implementarse.

Estas principales causas de morbilidad en los servicios de salud de la DIRESA Cusco, muestran en general que desde el punto de vista de la morbilidad tenemos un patrón de enfermar de patologías infecciosas; ligado a las condiciones de pobreza, a prácticas de hábitos y estilos de vida no saludables, condiciones insuficientes de saneamiento ambiental, inadecuada manipulación de alimentos, problemas persistentes de inaccesibilidad a los servicios de salud, entre otros.

Durante el año 2007 en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Cusco se realizaron un total de 1'785,521 consultas externas; siendo los principales motivos de consulta en número y tasa de morbilidad las Enfermedades del sistema respiratorio, Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades del sistema genitourinario, y las Enfermedades endocrinas y nutricionales. Las provincias donde se efectuaron mayor número de consultas externas fueron: Cusco (392,571 consultas externas), La Convención (410,361), Calca (148,626), Quispicanchis (138,428), Canchis (116,844). Las provincias que tuvieron mayores tasas de morbilidad fueron: La Convención, Cusco y Calca.

DAÑOS DE IMPORTANCIA NACIONAL Y REGIONAL MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna expresa las inequidades, las exclusiones sociales y los acentuados contrastes cuando se comparan los países industrializados con aquellos que se encuentran en desarrollo, considerado un indicador internacionalmente aceptado para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad social, el avance en la atención de la salud por los gobiernos tanto en términos de integralidad como en calidad de atención. La crisis estructural en lo económico, social y político que afronta el país en las últimas décadas tiene efectos negativos en la población peruana, especialmente en los estratos más pobres, a los que el sistema margina de los servicios prioritarios como la salud y la educación; y donde la libre elegibilidad de los ciudadanos del país es una quimera en los tiempos actuales.

Más de medio millón de muertes maternas acontecen anualmente en el mundo, lo que significa que cada minuto se produce una muerte materna; de esas muertes, el 99% suceden en los países en desarrollo y las posibilidades de morir es 1 de cada 48 mujeres, en contraste con los países desarrollados donde la relación es de 1 en 1800. En América Latina y el Caribe, todos los años mueren por lo menos 23,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo parto y puerperio, siendo su probabilidad de morir de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer, mientras que en Estados Unidos es de 1 en 3500 (estimaciones de OMS/UNICEF).

Si analizamos las circunstancias que rodean a la mortalidad materna, en los países en desarrollo, estas comparten características comunes: la mayoría son de causa directa, vinculada con su condición grávida puerperal o con las intervenciones para su atención, la mayoría de ellas previsibles, indiscutiblemente ligadas con la insuficiente educación y las barreras culturales de la población para el uso de los servicios médicos, agravados por la inaccesibilidad a la atención obstétrica y la calidad limitada de dicha atención, la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo, que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para adoptar las medidas necesarias y oportunas.

La mortalidad materna no es sólo un indicador de salud, es un indicador de desarrollo, de equidad y de justicia. En el continente, después de Bolivia, el Perú ocupaba el segundo lugar en número de muertes maternas, con una tasa de más de 185 x 100 000 nacidos vivos (1998); las acciones que se venían implementando hasta julio del 2001, disminuían muy lentamente el número de muertes maternas. Se trató entonces de enfocarse en las causas de fondo que subyacían a estas muertes; más del 75% estaban en torno al parto y eran causas mayormente subsanables con medidas que facilitasen el control prenatal, el parto institucional y el control puerperal. Las principales barreras detectadas (económicas, inadecuación cultural, trato inadecuado, implementación insuficiente), se empezaron a abordar de la forma más directa posible (Seguro Integral de Salud, adecuación cultural, política de atención de salud con calidad y calidez, modelo a atención integral de salud); es decir se pasó de una estrategia de lucha contra la mortalidad materna, a la promoción de una maternidad segura y saludable.

Un año de esfuerzo sostenido aumentó el número de gestantes controladas, el de los partos institucionales y el control de las puerperas.

Causas Principales de la morbilidad materna:

CAUSAS PRINCIPALES	N° M.M	%
ATONIA UTERINA	1	4
CALCULO VESICULAR	1	4
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	1	4
ECLAMPSIA, PARA CARDIO RESPIRATORIO, COMA, NEUMONIA ASPIRATIVA	1	4
HEMORRAGIA POST PARTO	1	4
HEMORRAGIA SUB ARACNOIDEA, SINDROME DE HELLP, ECLAPMSIA	1	4
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	1	4
PLACENTA PREVIA	1	4
PRE ECLAMPSIA SEVERA VS ECLAMPSIA POST ITAL	1	4
RETENCION PLACENTARIA - ATONIA UTERINA	1	4
RETENCION PLACENTARIA	3	13
RETENCION PLACENTARIA POR UTERO DE COUVELIERE	1	4
SHOCK CARDIOGENITO-PERICARDITIS CONSTRICTIVA/INSUFICIENCIA C	1	4
SHOCK HIPOVOLEMICO	2	8
SHOCK HIPOVOLEMICO PO SANGRADO ACTIVA, ANEMIA AGUDA SEVERA	1	4
SHOCK SEPTICO	1	4
SHOCK SEPTICO REFRACTARIO	1	4
SINDROME DE HELLP	4	17
TOTAL	24	100

Al apreciar la información sobre el grupo de Causa Básica de Muerte en los últimos 5 años, se aprecia que existe un predominio de las Hemorragias asociadas al embarazo, en general por lo menos 1 de cada 2 muertes maternas en los últimos 5 años correspondió a Hemorragias del embarazo.

Entre los factores asociados más importantes para la mortalidad materna, están la inaccesibilidad a los servicios de salud en su sentido más amplio que puede incluir lo geográfico, económico, social y cultural; y la organización de los servicios de salud y su capacidad de respuesta en términos de resolutiveidad y la calidad de atención en los Establecimientos de Salud. Esto dio lugar a la necesidad de realizar un análisis de lo que se ha venido en llamar las 4 demoras, como factores potenciales de riesgo que aumentan la probabilidad de la muerte materna; así tenemos:

- Demora en reconocer el problema.
- Demora en decidir sobre la búsqueda de la atención.
- Demora en llegar al servicio de salud.
- Demora en recibir un adecuado tratamiento en el servicio de salud.

Esta información es importante sea tomada en cuenta al momento de hacer la investigación epidemiológica y como parte de la información a ser colectada por el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Sin embargo no siempre es posible tener toda la información posible de manera directa, por lo que también será necesario hacer uso de datos que de manera indirecta pretendan explicar estas 4 demoras; teniendo en cuenta que esta información puede tener cierta carga subjetiva que es preciso controlar al momento de realizar la investigación epidemiológica de la muerte materna.

Del total de muertes maternas ocurridas el año 2007, un 29% ocurrió en domicilio propiamente dicho, en tanto que un 4% esta considerado como otros (corresponde a muertes maternas ocurridas en el momento del traslado a un servicio de salud). En tanto que las muertes maternas ocurridas en los servicios de salud fue en 16 casos (67% de las muertes maternas), situación que debe ser evaluada con mayor profundidad desde lo que significa el cumplimiento de protocolos de atención de la salud de la gestante.

MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL

Los cambios fisiológicos que implica para el feto, el paso de la vida intrauterina a la extrauterina determina la presencia de patologías propias del período Perinatal. Este paso requiere una adaptación de todos los órganos y sistema que incluye la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Cualquier problema que presente el recién nacido es consecuencia de la alteración de alguno de los mecanismos de adaptación. Los factores más determinantes para la sobre-vida de un recién nacido comprenden la edad gestacional y el peso al nacer. La mortalidad perinatal es un indicador de impacto importante que puede ser usado a nivel nacional, regional y a nivel local; si la población es suficientemente grande. Refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno-infantil. También refleja la salud materna, la condición de la nutrición materna y el entorno en que vive la madre.

Las tasas decrecientes a través del tiempo son deseables. Las tasas crecientes pueden reflejar un verdadero deterioro de la calidad de los servicios o del acceso a los servicios. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las mejoras en el registro de defunciones fetales también pueden producir un aumento aparente en la tasa. La factibilidad de recoger datos precisos para este indicador se complica por el hecho de que los nacidos muertos y las defunciones infantiles tempranas pueden ser difíciles de identificar: muchos embarazos perdidos no son admitidos del todo. Se necesita investigación formativa para estructurar preguntas que faciliten la información. Además, esta información a menudo no está disponible a nivel nacional, debido a la falta de estadísticas consistentes de registros vitales. Por eso, las estimaciones de esta tasa pueden depender de encuestas demográficas.

En las últimas décadas, aún subsisten indicadores de salud alarmantes que ubican al Perú en una situación desfavorable en comparación con la mayoría de los países latinoamericanos (en desempeño global del sistema de salud de Perú ocupa el puesto 129 en el mundo y el puesto menos destacado en Latinoamérica). Los indicadores de mortalidad perinatal constituyen hoy en día eficaces evaluadores de las condiciones de desarrollo de un país, región, nivel local y del seguimiento obstétrico.

SARAMPION/RUBEOLA

El sarampión es una enfermedad infecciosa aguda causada por un virus, es extremadamente contagiosa y a diferencia de lo que la mayoría de personas piensa, no es una enfermedad benigna e incluso puede ser causa de muerte cuando se complica, especialmente con infecciones respiratorias agudas. La vacuna es la única forma conocida por el hombre para evitar la enfermedad, sin embargo, aún existen individuos vacunados apropiadamente que no desarrollan inmunidad, asociándose esta falta de respuesta inmunitaria con idiosincrasia del individuo y no con la calidad de la vacuna. Por esta razón a pesar de tener coberturas altas (por encima del 95%) existen siempre individuos denominados susceptibles vacunados, que se estiman entre el 5 al 10% de la cohorte vacunada. Si a este grupo de susceptibles vacunados, le agregamos los niños entre 12 a 23 meses que dejamos de vacunar cada año (entre el 5 al 10% aproximadamente en diferentes áreas del Cusco); estos se acumulan año tras año, hasta constituir una masa crítica de susceptibles que permiten, la reintroducción del virus y por ende la circulación endémica.

En este contexto, se tiene el reto asumido por el Perú en la Erradicación del Sarampión de las Américas para el año 2000 aprobada por los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en setiembre de 1994 y ratificada en la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS en setiembre de 1995. Dentro de las estrategias para el logro de esta meta en la Región de las Américas se tienen entre las más importantes las intervenciones masivas de vacunación y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del sarampión.

En cuanto a las intervenciones masivas de vacunación la estrategia sugerida por la OPS es la ejecución de una VACUNACIÓN DE PUESTA AL DÍA (Fase de Ataque) que comprende a los menores de quince años que permita cortar la circulación del virus salvaje del sarampión; la VACUNACIÓN DE RUTINA y las VACUNACIONES DE SEGUIMIENTO cada tres o cuatro años de todos los menores de cinco años independientemente del estado vacunal o cuando la suma de estos susceptibles alcance el número de la cohorte de los recién nacidos, con el objetivo de disminuir el número de susceptibles acumulados, por ende mantener la no transmisión del virus salvaje del sarampión. Por más eficientes que sean las actividades de Vacunación Masiva o de Puesta al Día y la Vacunación de Rutina, con el tiempo se acumula inevitablemente preescolares susceptibles al sarampión. El propósito primordial de las

campañas de Vacunación de Seguimiento es evitar que está acumulación de niños susceptibles llegue a un nivel peligroso que aumente el riesgo de un brote de sarampión.

POLIOMIELITIS / PARÁLISIS FLACIDA AGUDA.

Durante los últimos 09 años, la tasa de notificación de Parálisis Flácida Aguda en la Región Cusco se ha logrado mantener por encima del indicador internacional de $1 \times 100,000 < \text{de } 15 \text{ años}$; a excepción del año 2002 donde la tasa de notificación de PFA fue de $0.67 \times 100,000$ menores de 15 años de edad. Lo que motivo que en la Región se implementara la Segunda Fase de Búsqueda Activa de Casos de PFA y Sarampión en el 100% de Establecimientos de salud del sector público y privado de la Región, el que estuvo acompañado de un proceso de capacitación en servicio; cuyos resultado secundario fue que tanto el 2003 al 2007 se alcanzaran tasas de notificación de PFA muy por encima de lo esperado.

Sin embargo en el 2007 se reportaron un total de 2 casos de PFA, con una tasa de notificación de $0.5 \times 100,000$ menores de 15 años de edad, los que fueron descartados para Poliomieltis por la Sección de Enterovirus del Laboratorio Regional Referencial de "FIOCRUZ" – Brasil.

FIEBRE AMARILLA.

Las enfermedades infecciosas siguen constituyendo un serio problema de salud pública en el País y muy en especial en la Provincia de La Convención de la región Cusco; un grupo de ellas como la Fiebre Amarilla, Leptospirosis, Hepatitis B, Hepatitis Delta, Malaria por *Plasmodium falciparum* y Bartonelosis cursan con: fiebre, ictericia y/o hemorragia, pudiendo ser agrupados dentro de un síndrome: febril hemorrágico agudo / febril icterico agudo. El Perú y el departamento de Cusco, en los últimos años no han sido ajenos a los cambios climatológicos y ecológicos inusuales que se vienen presentando a nivel Mundial como consecuencia del incremento de la temperatura por encima de los valores habituales para la estación: mayor humedad en otras zonas, precipitaciones pluviales intensas; que se han traducido en inundaciones, deshielos y, afectación y/o destrucción de viviendas. Estos cambios ecológicos y sociales incrementan los riesgos para la transmisión de enfermedades infecciosas, las mismas que siguen constituyendo un serio problema de salud pública en el País y la Región. La Fiebre Amarilla (FA) es una arbovirosis que tiene 2 patrones de transmisión, uno la Fiebre Amarilla Urbana (FAU) cuyo vector es el *Aedes aegypti* y el otro la Fiebre Amarilla Selvática (FAS), que se relaciona con vectores como el *Sabethes spp.* o *Haemagogus spp.*

Esta enfermedad fue importada al Perú en 1740 (época colonial) procedente de Guayaquil. En 1878, Leblond describió casos de Fiebre Amarilla Urbana (FAU) en el Callao; en 1918 reporto FAU en Iquitos y en 1921 en Lambayeque y La Libertad. El primer reporte de fiebre amarilla selvática (FAS) se dio 1913, y oficialmente se comenzó a reportar casos de FAS desde 1925, y desde entonces se han ido notificando brotes de FAS en forma cíclica, con intervalos de silencio epidemiológico que pueden durar entre 5 a 10 años. Las áreas de transmisión, que en el caso del Perú están distribuidas en 14 Cuencas hidrográficas, siendo para nuestra región áreas de brote la cuenca del río Urubamba.

TETANOS.

En el año 2007, se han notificado 3 casos de tétanos en la edad adulta, con una incidencia de $2.5 \times 1,000,000$ de habitantes.

TETANOS NEONATAL.

En 1989, la Asamblea Mundial de la Salud hizo un llamamiento para eliminar el tétanos neonatal en todo el mundo para 1995, como en el lenguaje de salud pública "eliminación" de una enfermedad significa la ausencia de riesgo de dicha enfermedad, la meta de eliminar el tétanos neonatal, suscito controversias porque el *Clostridium tetani*, se encuentra en todas partes y vive permanentemente en el suelo. En consecuencia, la eliminación del tétanos neonatal tenía una meta que requería revisarse o precisarse en términos del alcance real del término "eliminación", por lo que se planteo la necesidad de definirse de manera más precisa sobre todo para realidades como la nuestra.

Posteriormente se reformuló la definición de la meta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), limitando el significado de la palabra "eliminación" del siguiente modo: Eliminación del tétanos neonatal como problema de salud pública, cuya tasa de incidencia debe ser inferior a 1 caso por 1,000 nacidos vivos en cada distrito de cada país; y coberturas del 90% de las MEF con 2da. dosis de Toxoide Tetánico (TT2) como indicadores para la eliminación del Tétanos

Neonatal, como problema de Salud Pública. Sin embargo todavía hay limitaciones para el uso de esta definición en términos de su pertinencia y su correspondencia con la realidad en términos de lo que significa un proceso de eliminación.

SITUACION ACTUAL DE LA MALARIA EN CUSCO.- ¿ESTAMOS FRENTE A UNA NUEVA CRÓNICA DE UNA EPIDEMIA ANUNCIADA?

La malaria es una enfermedad transmisible re emergente en el mundo y en el país en los últimos años, del cual la Región Cusco no es ajena. Basta recordar la gran presencia inusual de 23,950 casos confirmados de Malaria por Plasmodium vivax presentados en el año 1997, hecho que en su momento se llegó a catalogar como "Malaria en Cusco: Crónica de una Epidemia anunciada". Esta presencia inusual fue a consecuencia de una serie de factores de riesgo, como: condiciones y cambios climáticos ecológicos inusuales; aumento del flujo migratorio interno y temporal de carácter socioeconómico (costo de cada quintal de café llegó

costar entre S/. 500.00 a S/. 540 nuevos soles oro; el año 2002 el quintal estuvo entre S/. 80.00 a S/. 120.00 nuevos soles oro); descuido en la conducción y el manejo operativo del control de la Malaria en los diferentes niveles; inadecuada e inoportuna provisión de insumos, equipos y materiales para el control integral; falta de unidad de criterio para el manejo técnico del problema de la malaria desde el nivel central; poco compromiso de la comunidad y sus autoridades para enfrentar el problema de la malaria oportunamente, aumento de la frontera agrícola e ingreso de personas a zonas poco accesibles y muchas veces no exploradas por el hombre en una realidad permanente y difícil de prever; inoperatividad del sistema de vigilancia epidemiológica en los diferentes niveles; y mejoramiento y ampliación de las redes

viales de comunicación; entre otros.

Asimismo en el contexto de que esta era una enfermedad infecciosa re emergente, la capacidad de respuesta institucional de carácter integral y oportuna desde el nivel central del Ministerio de Salud que incluye el aspecto logístico, fue limitada y distorsionada por la presencia inusual de la Malaria por Plasmodium falciparum en la zona de la selva oriental y costa norte del país. Siendo este comportamiento parte de una presencia inusual de casos en gran parte del continente y especialmente en el país; nosotros apuntamos a que esta presencia inusual de casos de malaria estuvo asociada a un periodo "hiper-endémico" del daño.

BARTONELOSIS.

La Bartonelosis, conocida también como Enfermedad de Carrión o Verruga Peruana es transmitida por mosquitos del género Lutzomia. Se caracteriza por presentar fiebre, anemia y algunas veces ictericia, postración y grave compromiso del estado general durante su fase aguda o anémica; en su fase crónica o verrucosa aparecen lesiones dérmicas hemangiomatosas que se distribuyen pre-dominantemente en la cara y las extremidades.

La Bartonelosis está presente en 11 de 24 regiones del país. Se presenta de manera endémica, como problema de Salud Pública, en todo el Callejón de Huaylas y Callejón de Conchudos (Ancash), San Ignacio (Cajamarca), Utcubamba (Amazonas), Pataz (Trujillo), Huancabamba (Piura) habiendo reemergido en Yauyos y Huarochirí (Lima) y las provincias de Huamalíes y Huacaybamba (Huánuco).

En 1998 las provincias de Urubamba, Calca y La Convención en el Departamento del Cusco; Yauyos en el Departamento de Lima; Pataz en La Libertad y toda la sierra de Ancash (tanto Callejón de Huaylas como Conchucos) han presentado un incremento general de casos.

La Bartonelosis en la Región del Cusco es una enfermedad emergente de la que oficialmente se ha conocido su presencia en 1998. Sin embargo entre 1979 y 1983 se "habrían reportado 18 casos" procedentes de las Provincias de Quispicanchis, Calca, Canchis, Cusco y Paruro de lo que no existe evidencia razonable de su existencia. En 1985 se reportó un caso en la provincia de La Convención y a partir de este año hasta 1993 no se reportaron casos.

Retrospectivamente se conoce que en 1994, 1995 y 1997 se presentaron en total 3 casos procedentes de la provincia de La Convención-Cusco, los cuales fueron confirmados con el aislamiento de la Bartonella bacilliforme en hospitales de la ciudad de Lima, de los cuales nunca se tuvo conocimiento por parte de la autoridad sanitaria en la Región Cusco.

LEISHMANIASIS

El comportamiento de la Leishmaniosis muestra una tendencia relativamente estacionaria durante el periodo 1990–1995, con 247 a 850 reportados anualmente, incrementándose en forma importante a partir de 1996, luego de la implementación de la Vigilancia Epidemiológica de esta enfermedad.

La mayor frecuencia de casos de Leishmaniosis es de la forma cutánea. El control de las Leishmaniosis ha mantenido una perspectiva estrictamente asistencial y curativa, bajo un enfoque terapéutico y recuperativo que significa un alto costo de inversión. Asimismo, al igual que en la vigilancia epidemiológica de la Bartonelosis, se ha implementado la vigilancia entomológica de esta enfermedad. La población más afectada en su mayoría es la población económicamente activa con predominio del grupo etáreo entre 10 a 49 años de edad.

El reporte incrementado de casos de Leishmaniosis desde el 2000 a la fecha en gran medida se debe a que existió una mayor disponibilidad de medicamentos para el tratamiento en los establecimientos de salud del MINSA. Así mismo la tendencia si bien es cierto parecería que tiende a disminuir, sin embargo hay que recordar que se tuvo insuficiencias logística de medicamentos el 2003, y por otra parte la tendencia mostraría ciertos niveles de disminución asociados parcialmente a la disponibilidad y tratamiento realizado a los pacientes detectados en los últimos años.

TUBERCULOSIS.

Si bien es cierto los datos muestran que existe una tendencia a la disminución del número y tasas de incidencia de la tuberculosis en general y particularmente de la TBC pulmonar; los datos del número y porcentaje de fallecidos desde el 2002 muestran más bien una tendencia al aumento importante en la proporción de fallecidos de las personas durante el tratamiento antituberculoso.

Del mismo modo, las tasas de mortalidad por tuberculosis muestran un incremento importante de las tasas de mortalidad; mostrándonos esta información que no existiría coherencia con la disminución de las tasas de incidencia de tuberculosis en los últimos años; dado que el incremento de muertes y la tasa de mortalidad nos estaría mostrando de cierto modo que los casos no están siendo curados, y en muchos casos estarían asociados a la captación tardía de casos. Por ende habría mayor tiempo y probabilidad de transmitir la enfermedad a partir de los casos que no llegan a curar y que luego fallecen.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) – VIH/SIDA.

casos de SIDA, cuyo punto de quiebre sería entre el 2000 y el 2001, sin embargo esto es relativo y se explica porque epidemiológicamente ocurre que cada vez se notifican menos casos de SIDA en población homosexual y que cada vez se notifican más casos en heterosexuales, especialmente en mujeres, lo que muestra un cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad, así mismo se aprecia que cada vez se reportan más casos de VIH y que la tendencia de estos futuros casos de SIDA en los últimos años tiene un incremento importante, sobre el cuál es necesario que con seriedad se tomen las acciones de promoción y prevención que permitan tener un control de este daño que consideramos que es una epidemia oculta en la

Región Cusco. Para el 2007 se tiene un descenso de casos de SIDA y con mayor razón si hablamos de los casos de VIH notificados.

Los distritos de donde se han reportado más casos de SIDA desde 1994 al 2007 son: Cusco, Santiago, San Sebastián, Santa Ana, Saylla, y Wanchaq. Sin embargo se aprecia que existen distritos pequeños y de algún modo alejados han reportado por lo menos un caso como: Ccatca, Chinchaypujio, Echarate, Espinar, Rondocan, entre otros; lo que muestra que los riesgos son universales en el tiempo y espacio.

Sin embargo evidentemente en la actualidad los riesgos son mayores en los distritos que están ubicados en los quintiles 5 y 4 de pobreza, que es donde se notifican la mayor proporción de casos, que en gran medida corresponden a grandes ciudades, con mayor concentración poblacional y mejores condiciones socioeconómicas.

Los grupos etáreos más afectados por el SIDA, se da en el grupo etareo de 30-34 años de edad, seguido de los grupos etáreos de 26-29 años y de 20-24 años; y el sexo más afectado en todos estos grupos etéreos es el sexo masculino.

ANALISIS DE LA OFERTA.

- a. La DIRESA Cusco organizacionalmente esta dividido en 5 Redes de Servicios de Salud (Cusco Sur, Cusco Norte, La Convención, Canas-Canchis-Espinar y Kimbiri Pichari), 2 Hospitales de categoría III (Hospital de Apoyo Departamental y Hospital Antonio Lorena), y 4 Hospitales Provinciales (Quillabamba, Sicuani, Santo Tomas y Espinar).
- b. La disponibilidad de recursos humanos x 10,000 habitantes según categoría profesional u ocupacional muestra que los índices están muy por debajo de los promedios nacionales y de los estándares esperados; así tenemos que para el año 2002 la tasas de disponibilidad del profesional medico en la DIRESA Cusco es de 3.17 x 10,000 habitantes, la que esta muy por debajo de la tasa nacional que es de 6.91 x 10,000 habitantes.
- c. Se esta evidenciando de manera preocupante una tendencia a la disminución de las coberturas de vacunación por debajo del 80% en muchos distritos, lo que trae consigo el incremento de los acumulo de susceptibles y por ende el riesgo de adquirir una enfermedad inmunoprevenible por nuestra niñez principalmente. Situación tanto más preocupante es el relacionado a la cobertura de Control de Crecimiento y Desarrollo.
- d. La cobertura de gestantes controladas en los servicios de salud tiene una tendencia a la disminución, así para el 2002 se tenia una cobertura del 66.6% y para el 2005 esta es de 58.2%. En el periodo del 2002 al 2005 se aprecia una tendencia del aumento de la cobertura de parto institucionalizado que va desde el 51.8% el 2002 hasta un 68.5% el año 2005. Estas 2 tendencias deberían corresponderse de algún modo, sin embargo se aprecia que de cierto modo dichas informaciones no se corresponden, por lo que sería necesario evaluar la consistencia de la información, más aún si existe una persistencia de altas tasas de mortalidad materna.
- e. El porcentaje de atención de parto según personal de salud en términos porcentuales ha mejorado, así el 2007 fue del 87.98, el 2008 fue del 90.93%, observándose una tendencia descendente de la atención del parto por el Agente Comunitario de Salud o por familiares.
- f. Si bien se ha mejorado al 2008 la mayor cantidad disponible de personal de salud sobretodo la profesional en los servicios de salud, sin embargo persisten todavía inequidades en algunas provincias como Chumbivilcas, La Convención y Espinar debiéndose tomar en cuenta los problemas sanitarios explicitados en al Análisis de Situación de Salud y otros documentos que muestran el perfil sanitario; debiéndose tomar en cuenta otros criterios como exclusión social, inaccesibilidad a los servicios de salud entre otros.

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL MODIFICADO - EJERCICIO 2009

PLIEGO : 446 GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DEPENDENCIA : DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO

UNID. EJECUTORAS Y G.G.G	RECURSOS ORDINARIOS	RECURSOS DIRECT.RECAUDAD.	DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	TODA FUENTE
TOTAL DIRESA CUSCO	105,223,303	14,506,973	16,365,498	136,095,774
1 Personal y Oblig.Sociales	67,780,441	1,963,593	465,002	70,209,036
2 Pensiones y Prestaciones Sociales	12,075,416	767,838	0	12,843,254
3 Bienes y Servicios	18,424,046	10,196,112	14,166,682	42,786,840
5 Otros gastos	3,410,600	50,000	1,486,144	4,946,744
6 Adquisicion de Activos no financieros	3,532,800	1,529,430	247,670	5,309,900
400 SALUD CUSCO	38,292,038	4,564,426	4,738,611	47,595,075
1 Personal y Oblig.Sociales	14,088,180	41,711	106,627	14,236,518
2 Pensiones y Prestaciones Sociales	12,016,416			12,016,416
3 Bienes y Servicios	6,891,842	3,739,214	4,175,121	14,806,177
5 Otros gastos	2,128,000		409,363	2,537,363
6 Adquisicion de Activos no financieros	3,167,600	783,501	47,500	3,998,601
401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR	15,299,000	915,973	3,264,565	19,479,538
1 Personal y Oblig.Sociales	12,335,801	0	82,074	12,417,875
2 Obligaciones Previsionales	10,000	0	0	10,000
3 Bienes y Servicios	2,587,999	767,838	2,433,108	5,788,945
5 Otros Gastos	0	0	738,283	738,283
6 Adquisicion de Activos no financieros	365,200	148,135	11,100	524,435
402 HOSP. APOYO DEPAR. CUSCO	15,843,819	3,789,960	2,131,840	21,765,619
1 Personal y Oblig.Sociales	13,933,114	1,040,473	44,833	15,018,420
2 Obligaciones Previsionales	10,000			10,000
3 Bienes y Servicios	1,900,705	2,499,487	1,987,007	6,387,199
5 Otros Gastos				0
6 Adquisicion de Activos no financieros		250,000	100,000	350,000
403 HOSP. ANTONIO LORENA	14,158,867	3,046,485	2,004,982	19,210,334
1 Personal y Oblig.Sociales	12,369,240	848,610	40,414	13,258,264
2 Obligaciones Previsionales	29,000			29,000
3 Bienes y Servicios	1,730,627	2,197,875	1,964,568	5,893,070
5 Otros Gastos	30,000			30,000
6 Adquisicion de Activos no financieros				0
404 SALUD LA CONVENCION	10,924,904	1,127,291	1,874,568	13,926,763
1 Personal y Oblig.Sociales	8,207,716	21,982	77,976	8,307,674
2 Obligaciones Previsionales	10,000			10,000
3 Bienes y Servicios	2,707,188	757,515	1,707,522	5,172,225
5 Otros Gastos				
6 Adquisicion de Activos no financieros		347,794	89,070	436,864
405 RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO SUR.	10,704,675	295,000	2,350,932	13,350,607
1 Personal y Oblig.Sociales	6,846,390	10,817	113,078	6,970,285
2 Obligaciones Previsionales				0
3 Bienes y Servicios	2,605,685	234,183	1,899,356	4,739,224
5 Otros Gastos	1,252,600	50,000	338,498	1,641,098
6 Adquisicion de Activos no financieros				

Disponibilidad de recursos

Recursos humanos.- La principal fortaleza que tiene la DIRESA Cusco, son sus recursos intangibles, constituidos por profesionales y técnicos asistencial y administrativo quienes cuentan con una amplia experiencia de trabajo en salud, debidamente capacitados y motivados. Este recurso en los últimos 5 años ha tenido un crecimiento relativamente importante, sobre todo en Médicos, Obstetrices y Técnicos en Enfermería (ver cuadro N° 20). Sin embargo, la disponibilidad del recurso humano es insuficiente, frente al crecimiento poblacional que demanda mayor atención de los servicios de salud en cantidad y calidad, en promedio en la región Cusco se cuenta con 4 médicos por 10 mil habitantes, 5 enfermeras por 10 mil habitantes, 3 obstetras por 10 mil habitantes y 0.6 odontólogos por 10 mil habitantes, en todos los casos los ratios están por debajo del nivel nacional. (Ver cuadro N° 21).

DIRESA Cusco: Recursos Humanos por Ramas de Actividad

Profesionales	Año				
	1990	1995	2000	2002	2007
Médicos	132	279	312	313	509
Odontólogos	20	37	51	45	81
Q.Farmaceuticos	5		10	16	20
Obstetrices	53	183	496	196	341
Enfermeras	733	507	183	496	655
Nutricionistas			4	9	11
Biólogos			12	19	21
Asistente Social			7	12	12
Tec. Enfermería	239	850	977	883	883
Tec. Laboratorio			24	41	50
Otros	292	0	1344	723	723
Total	1474	1856	3420	2753	3306

Fuente: Asís- 2007

Elaboración propia

DIRESA Cusco: Recursos Humanos por Ramas de Actividad

Grupo Ocupacional	Numero de Profesionales Cusco	Numero de Profesionales x 10,000 hab	
		Cusco	Perú
Médicos	509	4.14	11.7
Enfermeras	655	5.3	8
Obstetras	341	2.7	2.6
Odontólogos	81	0.6	1.1

Fuente: Asís- 2007

Elaboración propia

Otro aspecto importante a señalar, es la alta concentración del recurso humano en la provincia del Cusco, que representa el 39% del total de los recursos humanos de la Dirección Regional de Salud Cusco, principalmente los profesionales médicos y enfermeras, siguiendo en orden de importancia la Provincia La Convención, cuya participación es del 19% del total del recurso humano existente. En relación a profesionales médicos especialistas y anestesiólogos, solo existen en los establecimientos de salud del nivel III-1 (Hospital Antonio Lorena, Regional de Cusco y de la Seguridad Social), los establecimientos del nivel II-1 ubicadas en el interior de la Región Cusco, no cuentan con médicos especialistas, quienes no aceptan por los bajos sueldos y condiciones de trabajo que limita sus expectativas de mayores ingresos mediante consultorios particulares en las principales ciudades de alta concentración población urbana.

DIRESA Cusco: Recursos Humanos por Ramas de Actividad por Provincias

Provincia	Total	Médicos	Enfermeras	Obstetiz	Dentista	Psicólogo	Químico Farmacéutico	Biólogo	Nutricionista	Asistente Social	Tec Medico Laboratorio y Rayos X	Técnico Asistencial	Funcionario y Prof. Admin.	Técnico Administrativo
Cusco	1370	201	229	60	19	5	12	14	3	4	7	564	68	184
Acomayo	69	10	16	10	2	0	0	0	1	0	3	22	0	5
Anta	111	17	26	14	2	1	0	1	1	0	0	41	1	7
Calca	194	33	43	21	8	1	0	3	1	0	1	67	0	16
Canas	85	19	23	20	4	1	0	3	1	1	0	10	0	3
Canchis	316	52	61	36	8	2	4	5	1	3	0	83	13	48
Chumbivilcas	151	20	31	28	3	1	2	2	1	0	3	41	0	19
Espinar	99	22	27	18	4	0	1	3	0	1	0	21	1	1
La Convención	673	73	109	74	17	1	6	18	2	2	14	226	11	120
Paruro	85	13	20	11	3	0	0	0	0	0	2	27	0	9
Paucartambo	99	14	18	17	3	0	0	1	1	0	1	32	0	12
Quispicanchi	130	19	29	19	3	1	0	1	1	0	1	41	0	15
Urubamba	115	16	23	13	5	1	0	5	0	0	2	35	0	15
Total	3497	509	655	341	81	14	25	56	13	11	34	1210	94	454

Recursos materiales.- La Dirección Regional de Salud Cusco, cuenta con disponibilidad de infraestructura y equipamiento básico para los servicios de salud, la

mayoría de la infraestructura y equipamiento tiene una antigüedad superior a los 25 años, a pesar de estas limitaciones, cumple una función importante e imprescindible en la prestación de los servicios salud a la población. Se requiere de una evaluación sobre la situación de la infraestructura y equipamiento de salud, que permita estructurar un programa de intervención y financiamiento para el corto y mediano plazo, de esta manera poder intervenir en forma ordenada con la construcción y equipamiento de los establecimientos de salud en la Región Cusco.

La Dirección Regional de Salud Cusco, para el año 2007 cuenta con 5 Hospitales de referencia, 61 Centros de Salud y 218 Puestos de Salud. Según fuentes de información no se cuenta con información actualizada que permita conocer el estado real de dicha infraestructura. Sin embargo, es evidente la necesidad de ampliar y remodelar sustantivamente el Hospital Regional del Cusco, así como la construcción del nuevo Hospital Antonio Lorena y Hospital Macro regional de Emergencia. También es una exigencia de la población la construcción de un nuevo Hospital en la ciudad de Quillabamba (Provincia La Convención) y en la ciudad Sicuani (Provincia Canchis), establecimientos de tercer y segundo nivel de atención facilitarían los procesos de transferencia de pacientes del primer nivel de atención.

Región Cusco: Infraestructura de Salud Existente

Provincia	Total General	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Población Rural (En miles, 2007)	Infraestr. Otros Sectores
Cusco	25	2	12	11	16 (12)	5
Acomayo	9	0	2	7	13 (13)	0
Anta	15	0	2	13	35 (7)	0
Calca	31	0	6	25	42 (4)	1
Canas	14	0	3	11	32 (9)	0
Canchis	20	1	5	14	39 (5)	0
Chumbivilcas	22	1	2	19	58 (2)	0
Espinar	12	0	1	11	34 (8)	1
La Convención	78	1	11	66	116 (1)	2
Paruro	13	0	3	10	20 (11)	0
Paucartambo	15	0	4	11	37 (6)	1
Quispicanchi	19	0	5	14	53 (3)	1
Urubamba	11	0	5	6	28 (10)	1
Total General	284	5	61	218	527,	12

Fuente: Población Cusco 2008- Estadísticas DIRESA

Elaboración propia. Las cifras entre paréntesis indican la prioridad de la cantidad de población por provincia.

Región Cusco: Infraestructura de Salud por Redes

Redes	Total General	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	EsSalud	Otros Sectores
Cusco Sur	78	1	20	57	3	1
Cusco Norte	77	0	21	56	5	0
Canas Canchis						
Espinar	50	1	9	40	2	0
La Convención	61	1	9	51	1	1
Kimbiri- Pichari	16	0	2	14	0	0
Hospitales Cusco	2	2	0	0	0	0
Total General	284	5	61	218	11	2

Fuente: Población Cusco 2008- Estadísticas DIRESA- Elaboración propia

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS.

ORGANIZACION

- Organización parcial de los servicios de Salud en la Región, en los aspectos de categorización, organización por niveles, definición de redes y organización de la prestación.
- Implementación parcial del Sistema de Referencia y Contra referencia.
- Deficiente Sistema de Registro y seguimiento de la información

GESTION

- Inoportunidad en la actualización de los documentos de gestión
- Implementación parcial de los sistemas de Control y Gestión Administrativa (Supervisión, Evaluación, Monitoreo).
- Implementación y ejecución parcial del sistema de Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control de calidad de la Atención Integral de los Servicios de Salud.
- Débil cumplimiento de los acuerdos de gestión institucional.
- Débil identificación del RR.HH. con el fin y responsabilidad institucional.
- Deficiente e inoportuna atención de bienes y servicios.
- Insuficiente desarrollo del talento humano

FINANCIAMIENTO

- Mecanismo de asignación inoportuno, de los diferentes fuentes de financiamiento como, RO, RDR, Programas, Proyectos, SIS, encargos y Cooperación Interna y Externa
- Asignación de techo presupuestal histórico.
- Falta de integración de los recursos económicos (RO, RDR, DT, OGA MINSA y otras fuentes de financiamiento.)

PRESTACION

ETAPA DE VIDA NIÑO:

DEMANDA.

Altas tasas de morbid- mortalidad neonatal - infantil
Altas prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias en menores de 5 años.
Alta incidencia de traumatismos, accidentes y maltrato en menores de 9 años.
Alta prevalencia de enfermedades periodontales en menores de 9 años.
Prevalencia de enfermedades nutricionales y carenciales en menores de 5 años.

OFERTA.

Inadecuado sistema de registro estadístico en los servicios de salud para la atención integral del niño.
Baja cobertura en actividades preventivas promocionales del niño.
Insuficiente infraestructura y equipamiento para la atención integral infantil.

ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

OFERTA

Incremento de embarazo
Incremento del inicio precoz del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
Incremento de la malnutrición
Incremento de los trastornos mentales
Alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual
Alta prevalencia de enfermedades odonto-estomatológicas
Alta prevalencia de enfermedades respiratorias
Alta prevalencia de otras enfermedades infecciosas y parasitarias
Alta prevalencia de enfermedades dermatológicas
Alta prevalencia de traumatismos

DEMANDA

Escaso recurso humano capacitado y empoderado
Insuficientes servicios diferenciados para la atención de los adolescentes
Insuficiente asignación presupuestal para paquetes preventivos promocionales
Escasa difusión sobre salud integral del adolescente

ETAPA DE VIDA ADULTO.

DEMANDA

Elevada razón de mortalidad materna
Alta prevalencia de TBC pulmonar
Alta prevalencia de enf- metaxenicas y otros en zonas de riesgo
Incremento de enf. crónico degenerativas
Alta incidencia de enf. Periodontales

Incremento de trastornos de salud mental
Alta prevalencia de ITS/VIH-SIDA y hepatitis B
Alta incidencia de traumatismos, accidentes y envenenamientos

OFERTA.

Deficiente infraestructura y equipamiento
Limitada implementación técnica - administrativa de Redes y Hospitales
Inadecuada calidad en la atención integral de salud
Limitado acceso a los servicios de salud

ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR**DEMANDA:**

Incremento de enfermedades crónico degenerativas
Alta prevalencia de enfermedades infecciosas
Incremento de trastornos mentales y psicosociales
Incremento de traumatismo por accidentes

OFERTA:

Insuficiente implementación del modelo de atención integral del adulto mayor
Limitada gestión de recursos humanos para la atención del adulto mayor
Limitadas intervenciones en actividades de vigilancia del saneamiento básico y medio ambiente

ENTORNO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE VIDA.

Elevado flujo migratorio y población dispersa
Insuficiente participación de la población en acciones de salud
Escasa participación multisectorial en problemas de salud del niño
Inadecuado sistema de saneamiento básico
Inadecuado sistema de saneamiento básico

CAPITULO III

ARTICULACION DE OBJETIVOS

3.1. DETERMINACION DE LOS OBJETIVOS:

3.1.1. OBJETIVOS GENERALES INSTITUCIONALES 2009.

1. Reducir la morbilidad materna neonatal.
2. Reducir la desnutrición crónica y anemia en menores de cinco años y gestantes.
3. Disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles.
4. Prevenir y controlar adecuadamente las enfermedades no transmisibles y otros generados por factores externos.
5. Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.
6. Promover estilos de vida saludables, a través de programas de promoción de salud.
7. Fortalecer la rectoría y gestión administrativas.

3.1.2. OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN OPERATIVO 2009.

3.1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO 2009.

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO	OBJETIVO ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO
Conducir la gestión de la Estrategia Materno Neonatal.	Desarrollar la Gestión de la Estrategia Materno Neonatal.
	Regular la financiación y provisión de los servicios de atención materno neonatal.
Promover los conocimientos en salud sexual reproductiva y que accedan a métodos de planificación familiar.	Sensibilización a la población en salud sexual reproductiva.
	Lograr el acceso a métodos de planificación familiar y a servicios de consejería en salud sexual y reproductiva.
Reducir la mortalidad y morbilidad materna.	Lograr que las gestantes accedan a servicios de atención prenatal de calidad y de las complicaciones según capacidad resolutive.
	Lograr que las gestantes accedan a servicios de atención del parto calificado y puerperio, normal y complicado según capacidad resolutive.
	Lograr que las gestantes accedan a sangre segura y sus componentes.
	Asegurar el acceso de gestantes a referencia y contrarreferencia materna y/o neonatal según capacidad resolutive.
Reducir la mortalidad y morbilidad neonatal.	Lograr el acceso de neonatos a servicios de atención neonatal normal
	Garantizar acceso de neonatos a servicios de cuidados intensivos neonatales
Conducir la Gestión de la Estrategia Nutricional.	Mejora la gestión de la estrategia nutricional
	Regular la financiación y provisión de servicios al menor de 36 meses

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO	OBJETIVO ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO
Mejorar la alimentación del menor de 36 meses.	Lograr que las comunidades promuevan practicas saludables para el cuidado infantil y para la adecuada alimentación para el menor de 36 meses
	Lograr que los hogares adopten practicas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses.
Reducir la morbilidad en IRA, EDA y otras Enfermedades Prevalentes	Promover el acceso y uso de agua segura
	Asegurar el diagnostico y tratamiento de ira, eda, y otras enfermedades prevalentes
Reducir la incidencia de bajo peso al nacer.	Mejorar la nutrición de la gestante
Disminuir la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH y SIDA)	Reducir el número de casos de VIH y la prevalencia de ITS en poblaciones vulnerables de Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HsH) trabajadoras sexuales (TS) Personas Privadas de su Libertad (PPL)
	Reducir la prevalencia de ITS en la población general
	Promover la prevención de ITS/VIH, la educación sexual, estilos de vida y conductas sexuales saludables en adolescentes y jóvenes
	Reducir la transmisión vertical
	Garantizar 100% de tamizaje de paquetes sanguíneos
	Alcanzar acceso de las Personas Viviendo con VIH y Sida (PVVS) adultos y niños a una atención integral de calidad
	Promover, un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral de VIH/Sida y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HsH, TS, PPL) y las PVVS
	Promover, un entorno político, social y legal favorable para el abordaje integral de VIH/Sida y la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos humanos, con la participación de las comunidades con mayor prevalencia (HsH, TS, PPL) y las PVVS
	Asegurar una respuesta multisectorial amplia y articulada para el desarrollo intersectorial e interinstitucional de actividades conjuntas para la prevención y control de las ITS y el VIH/Sida
Reducir la incidencia de la Tuberculosis en las zonas de alto riesgo de la Región de Salud Cusco	Mejorar la Gestión y regulación de la provisión de la Estrategia Sanitaria de Tuberculosis

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO	OBJETIVO ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO
Tuberculosis en las zonas de alto riesgo de la Región de Salud Cusco	Mejorar estrategias de prevención en IEC en los diferentes escenarios de la población en alto riesgo Concertar la participación activa de autoridades locales y regionales; ONGs para las actividades de la estrategia de tuberculosis.
Disminuir la Incidencia de las Enfermedades Metaxénicas y otros transmitidas por vectores.	Mejorar la Gestión y regulación de la provisión de la Estrategia Sanitaria de Metaxénicas. Implementar el componente de Monitoreo y Evaluación en niveles de riesgo de transmisión. Fortalecer las competencias del personal en el manejo de la Estrategia Sanitaria de prevención y control de enfermedades metaxénicas. Implementar con normas técnicas, directivas, instrumentos, formatos de la ESPyCEMyOTVs. Concertar la participación activa de autoridades locales y regionales; ONGs para las actividades de la estrategia sanitaria de metaxénicas. Mejorar Estrategias de Prevención en IEC en los diferentes escenarios de la población con o sin riesgo de transmisión
Prevenir y Controlar las enfermedades Cronico Degenerativas.	Fortalecer las competencias del personal de salud para una atención integral de daños No transmisibles. Elaborar y aplicar los planes integrales de atención de prevención de los DNT y reducción de factores de riesgo. Promover la implementación de consultorios de DNT en los centros de salud. Establecer las directrices sobre régimen alimentario y apoyar una composición mas sana de los alimentos . Promover la difusión , educación y comunicación para prevenir los daños No transmisibles.
Disminuir la Tasa de Morbimortalidad en Salud Mental.	Mejorar la Salud Mental de la Población de la región Designación de responsables de salud mental, coordinar acciones con otros sectores y organizaciones para incluir acciones de SM según etapas de vida. Fortalecer las Capacidades del Personal en el marco de la SM Contar con medicamentos para garantizar el tratamiento con psicofármacos a victimas de violencia política. Contar con un equipo de salud mental comunitaria para reparar la salud mental y física de victimas de violencia política Fortalecer el proceso de control Institucional Atención integral de salud a niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores.

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO	OBJETIVO ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO
Disminuir la prevalencia de Enfermedades Odonto Estomatologicas.	Disponer de Insumos odontológico en forma adecuada
	Proveer el equipamiento necesario a los Establecimientos de Salud según nivel de atención.
	Realizar Intervenciones de Promoción, Prevención, recuperación y rehabilitación en la población de acuerdo a las diferentes etapas de vida
Brindar atención integral por etapas de vida.	Etapa de vida Niño
	Etapa de vida adolescente
	Etapa de vida adulto
	Etapa de vida adulto mayor
Fortalecer el componente de Dirección, que comprenda, la gestión, planificación, regulación, organización, concertación e implementación del Sistema de Gestión de la calidad.	Fortalecer el proceso de Planificación para la calidad
	Fortalecer el proceso de organización para la calidad
Implementar el componente de Control Institucional y social de la calidad de atención en salud.	Fortalecer el proceso de control Institucional
	Fortalecer el proceso de control social
Fortalecer el componente de la Garantía y Mejora de la calidad de atención.	Promover la Acreditación de los servicios de Salud y servicios médicos de Apoyo, en el marco de la Hoja de Ruta 2009-2011
	Fortalecer La Auditoria de la calidad de Atención en salud
	Fortalecer el Mejoramiento continuo de la calidad.
Implementar el proceso de Soporte para la calidad, a través del fortalecimiento de las capacidades para la calidad, de los procesos de información y registro para la calidad, de los procesos para la asignación de recursos financieros para la calidad.	Fortalecer las Capacidades del Personal en el marco del SGC
	Fortalecer la Aplicación, procesamiento de la información de los indicadores y estándares de calidad FON y FIP, encuestas de Insatisfacción del Usuario, para su análisis
Promover mayores y efectivos niveles de involucramiento del Gobierno Regional y autoridades locales en acciones de salud.	Sensibilización a autoridades regionales y locales.
Mejorar el nivel educativo de la población en temas de salud. Lograr el involucramiento de la comunidad y familias en acciones de salud.	Promover estilos de vida saludables mediante campañas en instituciones educativas.
	Desarrollar actividades Preventivos. Promocionales.

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO Mejorar la Organización de los servicios de salud y gestión de los Centros de Hemoterapia y Banco de Sangre.	OBJETIVO ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO Fortalecer la difusión y socialización de Normas Técnicas de los Servicios Básicos de Salud Mejorar la capacidad de respuesta del Sistema de Referencia y Contrarreferencia mediante el cumplimiento del Plan de Actividades Sincerar la información sobre las UPS y Carteras de Servicios MINSA Implementar el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo Supervisar el cumplimiento de las normas de infraestructura y equipamiento de los Establecimientos MINSA Implementar el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo Impulsar la Donación Voluntaria de Sangre fidelizada y altruista mediante el Plan de Promoción Verificar el cumplimiento de la normatividad del Sistema de Gestión de Calidad sobre Sangre Segura
Mejorar la Gestión Administrativa para la atención de los servicios de salud promoviendo el acceso universal a los medicamentos, insumos médico quirúrgico, al sistema de apoyo al diagnóstico y tratamiento.	Promover la utilización racional de medicamentos en profesionales de la salud y la comunidad Garantizar la disponibilidad y abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos esenciales en los EE.SS. Realizar la fiscalización, control y vigilancia sanitaria a establecimientos farmacéuticos y afines que dispensan Fortalecer del sistema de apoyo al diagnóstico
Optimizar la administración de los recursos materiales, económicos, financieros, gestión patrimonial y servicios de mantenimiento.	Asegurar el abastecimiento adecuado, oportuno y de calidad de los bienes y servicios para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud. Priorizar el control de los bienes patrimoniales y su mantenimiento. Alcanzar la información Financiera y presupuestal en forma oportuna para la toma de decisiones.
Optimizar la administración y desarrollo del recurso humano.	Optimizar la gestión, el desarrollo y las competencias de los recursos humano. Optimizar la gestión de los recursos económicos, materiales y financieros de la OGDPH. Fortalecer el rol de rectoría y conducción sectorial de la OGDPH.
Optimizar la rectoría, planeamiento e imagen Institucional.	Elaborar Proyectos de inversión Integral que consideren la implementación y mejora de la oferta. Actualizar documentos de gestión Optimizar los presupuestos de la institución. Impulsar los convenios a nivel nacional e internacional. Posicionar la imagen Rectora del Sector de las instituciones del sector y entidades privadas.

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN OPERATIVO	OBJETIVO ESPECIFICOS DEL PLAN OPERATIVO
Optimizar la rectoría, planeamiento e imagen Institucional	Difundir en medios de comunicación masivos información, general sobre las campañas de salud.
Contribuir al desarrollo del seguro integral de salud y lograr el aseguramiento universal.	Fortalecer los procesos de gestión del Seguro Integral de Salud.
	Fortalecer el proceso de Organización de Seguro Integral de Salud.
Vigilar y controlar los riesgos ambientales, ocupacionales de Saneamiento básico higiene , alimentaría, vectores y zonosis en el ámbito de la Región Cusco.	Implementar y desarrollar el sistema de vigilancia de riesgos ocupacionales en el ámbito Regional SIVISO.
	Implementar y desarrollar el análisis de la situación de salud ocupacional ASISO Regional.
	Fortalecimiento al recurso humano de la Región en aspectos técnicos y científicos normativos en salud ocupacional.
	Contribuir en la disminución de las enfermedades transmitidas por zoonosis
	Contribuir en la disminución de la prevalencia e incidencia de las enfermedades producidas por transmisión alimentaría.
	Fortalecer la vigilancia y monitoreo de la calidad de los recursos hídricos, vertimientos y la calidad del aire.
	Fortalecer la vigilancia de residuos solidos municipales y hospitalarios.
	Fortalecer la vigilancia ambiental de cementerios, empresas de saneamiento y plantas de tratamiento de aguas residuales.
	Identificar factores de riesgo vectorial para tomar medidas de prevención y control de la transmisión de enfermedades metaxenicas.
Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.	Realizar el control de la calidad ambiental.
	Desarrollar el sistema de vigilancia en salud publica
	Elaborar el análisis de la situación de salud como herramienta para la planificación y gestión.
	Desarrollar investigaciones epidemiológicas aplicadas, necesarias para el desarrollo de las intervenciones de prevención y control de enfermedades.
	Mejorar la calidad y oportunidad de la información integral para la toma de decisiones.
	Desarrollar un sistema de alerta y respuesta oportuna ante la presencia de emergencias y desastres.
	Administrar la información estadística de salud en sus diferentes componentes, estrategias, etapas de vida, morbilidad, mortalidad.
	Suministrar y/o difundir la información estadística de salud, a las distintas direcciones y/o dependencias del ámbito de la Diresa, para una adecuada toma de decisiones.
	Desarrollar y mantener la plataforma tecnológica de los sistemas de información telecomunicaciones y telemática.